

ESSAI PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M. Sc.)

PAR
CINDYE AUDET

LA RÉADAPTATION COGNITIVE À DOMICILE APRÈS UN ACCIDENT
VASCULAIRE CÉRÉBRAL : DÉVELOPPEMENT D'UN GUIDE POUR APPUYER LA
PRATIQUE DES ERGOTHÉRAPEUTES

DÉCEMBRE 2014

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet de maîtrise n'aurait pas été possible sans l'appui incontestable de ma directrice de recherche, madame Valérie Poulin. Dès le début, cette dernière m'a accordé sa confiance et m'a aidée à avancer, même quand j'avais l'impression de faire du sur place. Elle a toujours été disponible pour moi et m'a aidée à repousser mes limites. Jamais je ne pourrai exprimer toute la gratitude que je ressens envers cette femme qui m'a offert le privilège de m'épauler dans ce long périple. Merci infiniment Valérie! Je tiens aussi à remercier madame Nathalie Veillette pour sa rétroaction constructive lors de la révision de cet essai.

Tout ce projet n'aurait pas pu avoir lieu sans la précieuse collaboration des cliniciens qui ont participé à mon projet. Je vous remercie d'avoir démontré de l'intérêt pour ma recherche et d'avoir pris de votre temps pour y participer. Vous avez tous contribué à l'avancement d'idées novatrices et j'espère que le produit final réalisé au cours de la dernière année sera à la hauteur de vos attentes.

Je tiens également à remercier mes parents qui, depuis le début de mes études en ergothérapie, ont eu foi en moi. Merci également à André, qui a toujours cru en moi et qui m'a, à maintes reprises, aidée à repousser mes limites. Ils m'ont toujours encouragée et m'ont redonné la motivation perdue aux moments où j'en avais le plus besoin.

Finalement, je tiens à remercier mes fidèles amis, Myriam Thiffeault et Jonathan M Plante. Depuis le jour 1, ils ont été les piliers sur lesquels je me suis adossée dans les moments difficiles et sur lesquels je me suis appuyée pour me relever. Ils sont des amis en or et je suis très reconnaissante qu'ils aient croisé ma route.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	i
TABLE DES MATIÈRES.....	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ.....	1
1. INTRODUCTION	2
2. PROBLÉMATIQUE	4
2.1. L'accident vasculaire cérébral	4
2.2. Impacts de l'AVC sur la cognition	5
2.3. Services de réadaptation post-AVC	5
2.3.1. Retour dans la communauté	6
2.4. Interventions cognitives probantes et applicables dans un contexte de retour à domicile	8
2.5. Le défi des ergothérapeutes	13
2.6. Objectifs de recherche.....	14
3. CADRE CONCEPTUEL.....	15
3.1. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels	15
3.2. Modèle de réadaptation cognitive.....	16
3.3. Processus des connaissances à la pratique (KTA Model).....	17
3.4. Modèle conceptuel combiné	18
4. MÉTHODE.....	21
4.1. Devis de recherche	21
4.2. Échantillon	21
4.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	22
4.2.2. Méthode de recrutement.....	22
4.3. Collecte de données	22
4.3.1. Déroulement de la collecte de données	23
4.3.1.1. Développement des questions du groupe de discussion	23
4.3.1.2. Déroulement du groupe de discussion focalisée.....	24
4.4. Analyse des données	24
4.5. Considérations éthiques	25

5. RÉSULTATS	26
5.1. Contexte de pratique	28
5.2. Pratique des ergothérapeutes auprès de la clientèle ayant subi un AVC et présentant des difficultés cognitives	29
5.2.1. Cognition	29
5.2.2. Prise en compte des états psychologique et physiologique de la personne	29
5.2.3. Occupation	30
5.2.4. Approche compensatoire	31
5.2.5. Approche de restauration	32
5.3. Besoins des cliniciens	32
5.3.1. Nécessité de créer un guide d'informations destiné aux clients et aux familles	32
5.3.2. Contenu du guide d'informations	33
5.3.2.1. Domaines de la cognition à aborder	33
5.3.2.2. Occupation : fournir de l'éducation sur les impacts fonctionnels des difficultés cognitives	33
5.3.2.3. État psychologique : importance de fournir des informations sur les ressources de soutien disponibles	34
5.3.2.4. État physiologique : importance de la gestion d'énergie	34
5.3.2.5. Approche compensatoire : pertinence d'un journal de bord pour faciliter le partage d'informations et de solutions	34
5.3.2.6. Approche de restauration : pertinence d'inclure des suggestions d'activités stimulant les fonctions cognitives	35
5.3.3. Format du document d'informations	36
5.4. Document d'informations produit	36
6. DISCUSSION	39
6.1. Importance de l'éducation de la famille	39
6.2. Considérer le contexte de pratique	39
6.3. Enseignement	40
6.4. Communication dans le continuum de soins	41
6.5. Format souhaité	42
6.6. Limites de l'étude	43
6.8. Implications pour la pratique et perspective pour les recherches futures	44
7. CONCLUSION	46
RÉFÉRENCES	47
ANNEXE A LISTE DES MOTS-CLÉS	52
ANNEXE B SCHÉMATISATION DE LA SÉLECTION DES ARTICLES	55
ANNEXE C MODÈLE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS	56

ANNEXE D MULTIMODAL MODEL FOR COGNITIVE REHABILITATION	57
ANNEXE E KNOWLEDGE TO ACTION PROCESS (KTA) MODEL	58
ANNEXE F CANEVAS D'ENTREVUE	59
ANNEXE G CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE	63
ANNEXE H OBTENTION DES DROITS D'AUTEUR	64
ANNEXE I VERSION PRÉLIMINAIRE DU DOCUMENT D'INFORMATIONS	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Description des cotations utilisées dans la grille du groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.....	9
Tableau 2.	Interventions cognitives probantes pouvant être appliquées dans un contexte de réadaptation à domicile	12
Tableau 3.	Caractéristiques des participants	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle conceptuel combiné	20
Figure 2.	Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.....	56
Figure 3.	Multimodal model for cognitive rehabilitation.....	57
Figure 4.	Knowledge to Action Process Model	58

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AC : Approche compensatoire

AR : Approche de restauration

AVC : Accident vasculaire cérébral

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CH : Centre hospitalier

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CR : Centre de réadaptation

RÉSUMÉ

Problématique : Jusqu'à 78% des personnes qui ont subi un accident vasculaire cérébral (AVC) vont présenter des déficits cognitifs en période subaiguë, qui sont susceptibles d'entraver la réalisation de leurs occupations lors du retour dans la communauté. Au Québec, la continuité des soins après un AVC est lacunaire, particulièrement lors du retour à domicile. Les ergothérapeutes vivent des défis quant au soutien qu'ils peuvent apporter aux clients qui ont des problèmes cognitifs qui retournent à domicile et à leur famille. **Objectifs :** Ainsi, les objectifs de ce projet étaient de documenter la pratique actuelle des ergothérapeutes et d'établir leurs besoins d'informations et de ressources en lien avec la réadaptation cognitive des personnes qui retournent à domicile après un AVC, en vue d'élaborer un guide d'informations pour appuyer leur pratique auprès de cette clientèle. **Cadre conceptuel :** Pour guider l'élaboration du canevas d'entrevue, ainsi que l'analyse des données, un cadre conceptuel a été créé pour ce projet en se basant sur trois autres modèles préexistants, soient le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels, le modèle de réadaptation cognitive et le modèle du processus des connaissances à la pratique. **Méthode :** Le devis de recherche utilisé est une enquête descriptive transversale. Grâce à une méthode d'échantillonnage par réseau, six ergothérapeutes œuvrant dans un CLSC, dans un centre de réadaptation ou dans un centre hospitalier de la région de Lanaudière ont été recrutés. La collecte de données s'est effectuée par un groupe de discussion focalisée. **Résultats :** Le contenu de la discussion des ergothérapeutes s'est articulé autour de trois principaux thèmes: 1) les contraintes du contexte de pratique des cliniciens (ex. : manque de temps, lacunes dans la continuité des soins), 2) la pratique en ergothérapie auprès de la clientèle ayant subi un AVC présentant des difficultés cognitives et 3) les besoins des participants en termes d'informations et de ressources pour appuyer leur pratique auprès de cette clientèle. L'ensemble des cliniciens ont indiqué que le développement d'un document pour guider l'éducation des clients et des familles serait prioritaire. Parmi les domaines de la cognition à aborder, ils ont insisté sur l'importance d'expliquer entre autres les conséquences fonctionnelles de l'apraxie et de l'héminégligence, qui sont des atteintes souvent difficiles à comprendre, de même que de fournir des solutions et stratégies concrètes à appliquer dans le quotidien. Il a également été suggéré que le guide offre une section sous forme de journal de bord à remplir par le client ou les familles et qui faciliterait la communication entre les intervenants du continuum de soins. Conformément aux suggestions des cliniciens, il est prévu que ce document soit disponible dans un format électronique sur Internet et que chacune des sections soit imprimable. **Discussion et conclusion :** Ce projet a permis de documenter les besoins perçus par les ergothérapeutes pour mieux accompagner leurs clients présentant des difficultés cognitives et retournant à domicile à la suite d'un AVC. Les suggestions et recommandations des ergothérapeutes ont conduit à l'élaboration d'une version préliminaire d'un guide pour faciliter l'éducation de cette clientèle et de leur famille, permettant aussi possiblement de faciliter la collaboration et la communication avec les intervenants du continuum de soins.

Mots-clés : Accident vasculaire cérébral, cognition, ergothérapie, retour à domicile, famille

Mots-clés en anglais : *Stroke, cognition, occupational therapy, home-based rehabilitation, family*

1. INTRODUCTION

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est une condition médicale qui touche de plus en plus d'individus, soient environ 50 000 Canadiens par année. Bien que l'amélioration de la prévention et de la prise en charge médicale aient conduit à la diminution du taux de décès relié à l'AVC, cela implique en contrepartie l'augmentation du nombre de personnes aux prises avec des incapacités secondaires à cette condition, augmentant ainsi le fardeau pour le système de santé et les aidants (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2014).

Parmi les séquelles possibles suite à la survenue de l'AVC, jusqu'à 78% des personnes vont présenter des difficultés cognitives (Leśniak, Bak, Czepiel, Seniów, et Czlonkowska, 2008) pouvant être associés, entre autres, à une diminution de l'autonomie fonctionnelle et de leur participation sociale. Parallèlement à l'augmentation du taux de survie, les survivants d'AVC reçoivent aussi davantage de congés précoces vers leur domicile, qui devraient être combinés à un suivi de l'équipe de réadaptation afin de favoriser la reprise optimale de leurs activités et rôles dans leur communauté. Or, on estime que des 60% des patients qui quittent l'hôpital pour recevoir un suivi en communauté, seuls 11% d'entre eux reçoivent réellement les services requis (Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, 2014). Afin de répondre aux besoins grandissants de cette clientèle, il est important que les professionnels de la santé, dont les ergothérapeutes, soient dotés des ressources nécessaires et soient outillés quant aux interventions à utiliser pour soutenir la clientèle ayant des difficultés cognitives lors du retour à domicile. Les résultats d'un sondage canadien (Korner-Bitensky, Barrett-Bernstein, Bibas, et Poulin, 2011) et d'une récente entrevue focalisée de groupe auprès d'ergothérapeutes travaillant en réadaptation post-AVC (Poulin, 2014) indiquent toutefois un besoin d'instaurer davantage de stratégies de transfert des connaissances pour optimiser la prise en charge des clients ayant des difficultés cognitives, notamment ceux qui retournent à domicile. Le présent essai visait donc à documenter les besoins d'informations et de ressources des ergothérapeutes en lien avec la réadaptation cognitive des personnes qui retournent à domicile après un AVC,

et ce, en vue d'élaborer un guide d'informations pour appuyer leur pratique clinique auprès de cette clientèle.

D'abord, une section portant sur la problématique explique en profondeur tous les éléments menant à la question et aux objectifs de recherche. Ensuite, le cadre conceptuel élaboré à partir de trois modèles déjà existants dans la littérature sera présenté, suivi de la description de la méthode ayant guidé chacune des étapes de la réalisation de ce projet. Les résultats issus de la collecte de données sont rapportés et organisés en fonction du modèle conceptuel, puis sont ensuite analysés et mis en perspective avec les écrits scientifiques existants dans la section sur la discussion.

2. PROBLÉMATIQUE

La présente section, portant sur la problématique, expose les différents thèmes qui contribuent à l'élaboration de la question de recherche. Il sera question de l'accident vasculaire cérébral (AVC), des impacts de l'AVC sur la cognition, des services de réadaptation post-AVC, plus spécifiquement de la réadaptation cognitive après un AVC, ainsi que des défis rencontrés par les ergothérapeutes auprès de cette clientèle. La section se termine par la question et les objectifs de recherche.

2.1. L'accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) touche environ 50 000 Canadiens par année, soit l'équivalent d'un AVC à toutes les dix minutes. L'AVC peut être provoqué par l'interruption de la circulation sanguine dans le cerveau en raison d'un caillot (AVC ischémique), ou en raison de la rupture d'un vaisseau sanguin (AVC hémorragique) (Fondations des maladies du cœur, 2014). Cette condition médicale peut causer des séquelles physiques et psychiques significatives (ex. : difficultés cognitives et émotionnelles), ainsi que des restrictions de participation dans les activités de la vie quotidienne et dans les rôles sociaux, tel que démontré dans une étude descriptive menée auprès de 434 personnes ayant subi un AVC (Mayo, Wood-Dauphinee, Côté, Durcan, et Carlton, 2002). Six mois après la survenue de l'AVC, près de 70% des gens ont rapporté avoir des limitations dans au moins une activité reliée aux tâches domestiques telles que l'entretien ménager, la préparation des repas ou la réalisation d'emplettes. Également, les personnes rapportent, dans des proportions similaires, avoir des difficultés à se déplacer dans leur communauté et ne plus avoir d'activité significative dans laquelle s'engager, que ce soit au niveau social, des loisirs ou des activités de productivité (Mayo et coll., 2002).

2.2. Impacts de l'AVC sur la cognition

Les restrictions de participation mentionnées à la section précédente peuvent être liées, entre autres, à des difficultés cognitives secondaires à l'AVC. Celles-ci touchent la majorité des personnes qui subissent un AVC, toute intensité confondue (Leśniak et coll., 2008). La cognition est la capacité d'acquérir, de traiter et d'utiliser l'information (Duchek, 1991). Les fonctions cognitives comprennent notamment l'orientation, l'attention, la mémoire, les praxies, les gnosies, la perception et les fonctions exécutives (Ponsford, 2008). Dans une étude longitudinale menée auprès de 200 sujets ayant subi un AVC, 78% des gens présentaient des déficits cognitifs en période subaiguë (Leśniak et coll., 2008). De ces personnes, 72,5% présentaient encore des déficits un an après la survenue de l'AVC. Selon les auteurs de l'étude, les fonctions les plus touchées étaient l'attention (48.5%), le langage (27%), la mémoire à court terme (24.5%) et les fonctions exécutives (18.5%) (Leśniak et coll., 2008). Même les personnes qui font un AVC léger sont susceptibles de présenter des difficultés cognitives. En effet, 30% à 60% des personnes ayant subi un AVC léger présentent entre autres des difficultés au niveau des fonctions exécutives (Wolf, Barbee, et White, 2010). Il existe aussi une corrélation modérée ($r=0.58$ où $p<0.05$) entre les fonctions cognitives/exécutives et la réalisation des activités de la vie domestique (AVD), telles que la gestion des finances, l'utilisation du téléphone, de même que l'entretien ménager, la préparation des repas et la réalisation d'emplettes (Akbari, Lyden, Kamali, et Fahimi, 2013). Les difficultés cognitives sont associées, entre autres, à une augmentation de la dépendance (Galski, 1993) et à une diminution de l'autonomie fonctionnelle et de la participation sociale (Tatemichi, 1994). La présence de difficultés cognitives peut également affecter la participation et l'engagement de la personne dans sa réadaptation après l'AVC (Skidmore et coll., 2010).

2.3. Services de réadaptation post-AVC

Selon la définition de la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC (2014), « la réadaptation post-AVC est un processus progressif, dynamique et ciblé axé sur l'atteinte par le patient de son niveau fonctionnel optimal autant physique que cognitif, émotionnel, communicatif et/ou social. »

Au Québec, la trajectoire de soins pour une personne qui subit un AVC est basée sur les *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC*, allant de la prise en charge en phase hyper aiguë jusqu'à la réintégration dans la communauté (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Fondation des maladies du cœur du Canada, 2013). Selon un rapport émis par le Réseau Provincial de recherche en Adaptation-Réadaptation (REPAR) en 2013, l'organisation du continuum de soins au Québec pour les personnes qui ont subi un AVC, toute intensité confondue, ne répond pas aux besoins de tous, notamment en lien avec les services de réadaptation. En effet, à partir du moment où une personne se présente à l'urgence pour recevoir des soins en lien avec la survenue d'un AVC, elle risque de tomber éventuellement dans un vide de services. Entre autres, 30 % des personnes qui se présentent à l'urgence pour un AVC reçoivent leur congé directement, sans hospitalisation, alors que le tiers d'entre elles auraient pourtant eu besoin de services de réadaptation. En l'absence d'évaluation fonctionnelle et d'interventions appropriées à leurs besoins, ces personnes rencontrent des problèmes dans leur quotidien, en lien avec leurs possibles séquelles physiques, cognitives, émotionnelles, de communication, de fatigabilité et/ou de douleurs chroniques post-AVC. Également, il existe une insuffisance de ressources pour permettre aux patients qui ont subi un AVC léger de poursuivre leur réadaptation en communauté à titre de patient externe (REPAR, 2013).

2.3.1. Retour dans la communauté

« À son congé de l'hôpital, le survivant d'un AVC dont les objectifs de réadaptation ne sont pas encore satisfaits doit pouvoir avoir accès à des soins et des services de réadaptation post-AVC spécialisés » (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Fondation des maladies du cœur du Canada, 2013). Les personnes qui sont dirigées à domicile directement après l'hospitalisation sont plus souvent qu'autrement les survivants d'AVC léger, puisqu'elles présentent généralement peu ou pas de déficits moteurs, ce qui fait qu'elles sont en mesure d'effectuer leurs activités de soins personnels de façon relativement fonctionnelle. Souvent, elles sont retournées à la maison sans référence à un service de réadaptation (Tellier

et Rochette, 2009). Par contre, lorsqu'elles sont confrontées à la complexité de la vie quotidienne, même si elles ne présentent que des séquelles cognitives légères, ces personnes sont susceptibles d'avoir besoin de soutien de l'équipe de réadaptation. Lorsqu'ils essaient d'accéder aux services de réadaptation, les patients et leurs proches mentionnent qu'il manque d'accessibilité pour les services. Dans les faits, les patients qui reçoivent leur congé de l'hôpital sont souvent laissés à eux-mêmes dans la transition vers le milieu communautaire (REPAR, 2013). Cette situation est loin d'être souhaitable, car un déclin fonctionnel est attendu après le congé de l'hôpital puisque les patients quittent un environnement structuré pour retourner à domicile (Tellier et Rochette, 2009).

« Les patients avec AVC modéré à grave, qui sont prêts à entreprendre un programme de réadaptation et qui se sont fixé des buts atteignables par la réadaptation, devraient avoir l'occasion de participer à ces traitements à titre de patient hospitalisé » (Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires et Fondation des maladies du cœur du Canada, 2013). On les admet alors en centre de réadaptation (CR) pour entreprendre une réadaptation fonctionnelle intensive. À leur congé du CR, tous les patients n'ont pas toujours la chance d'avoir un suivi en externe. Ainsi, lorsque la personne retourne à domicile après une hospitalisation ou après un séjour en CR, il y a un manque de suivi en communauté pour encourager le maintien des acquis (REPAR, 2013). C'est pourtant lorsque la personne sera confrontée à des situations complexes de la vie quotidienne, comme la gestion de son budget, qu'elle aura besoin d'un soutien de l'équipe de réadaptation.

L'accessibilité aux services étant difficile, la personne pourrait vivre avec ces problèmes longtemps, nécessitant possiblement l'aide d'un proche aidant, lorsqu'elle en a un, pour compenser certains déficits cognitifs qui se répercutent dans la réalisation de ses occupations (Salter, 2008). Par contre, la nature des déficits cognitifs est difficile à comprendre et à gérer pour la famille, étant donné qu'ils ne sont pas toujours tangibles (Salter, 2008). En ce sens, une étude qualitative a été menée par Eames et ses collaborateurs en 2010 dans le but de connaître les besoins des survivants et de leur famille en lien avec l'accessibilité

et la compréhension d'information relative à l'AVC. Les résultats de cette étude ont démontré que les familles manquent d'information et que le format utilisé pour la transmettre n'est pas toujours adéquat (Eames, Hoffmann, Worrall, et Read, 2010). En effet, la majorité des répondants ont mentionné que la quantité d'information qui leur a été offerte était insuffisante et que bien souvent, l'information était donnée au mauvais moment, c'est-à-dire trop tôt dans le continuum de soins. Également, les répondants ont suggéré que les cliniciens devraient fournir du matériel écrit dont le langage serait plus accessible pour la population concernée (Eames et coll. 2010). L'étude de Tooth et Hoffmann (2004), ayant un devis de recherche qualitatif, a démontré que l'un des domaines où le besoin d'informations est particulièrement important, selon la perception des patients, est par rapport aux conséquences de l'AVC sur les aspects cognitifs et émotionnels. Selon les auteurs, les ergothérapeutes sont des intervenants habilités à fournir les informations aux clients et à leurs familles, surtout qu'ils passent plus de temps avec eux que certains autres intervenants.

2.4. Interventions cognitives probantes et applicables dans un contexte de retour à domicile

Selon Eskes et ses collaborateurs (2013), les interventions en réadaptation cognitive peuvent être globalement classées en approche compensatoire ou en approche de restauration des fonctions cognitives. Cette dernière vise le ré-entraînement spécifique des fonctions cognitives perturbées dans le but de rétablir ces capacités cognitives, tandis que l'approche compensatoire consiste en l'utilisation de stratégies (ex. : aides externes, stratégies cognitives compensatoires, adaptation de l'environnement) pour compenser les difficultés cognitives et favoriser l'autonomie dans les activités quotidiennes (Eskes et coll., 2013). Ces approches peuvent être utilisées séparément ou être combinées, en fonction des objectifs de réadaptation sous-jacents aux atteintes cognitives.

De manière à dresser un portrait des interventions cognitives probantes et applicables dans un contexte de retour à domicile, une recension des écrits a été réalisée, en fonction de la question suivante : quelles sont les meilleures interventions applicables à domicile en ergothérapie pour la réadaptation cognitive des personnes ayant subi un AVC visant une

amélioration des fonctions cognitives et un meilleur fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne ? La revue de la littérature a été effectuée à l'aide des bases de données CIHNAL, Medline, PsycInfo, Sport Discuss, Pubmed, Cochrane, Academic Search Complet et OT Seeker. Également, certains articles ont été trouvés grâce à la recherche manuelle comprenant le suivi de références ou la suggestion par un pair. Quatre concepts ont été combinés soient l'AVC (en excluant les traumatismes crânio-cérébraux), la réadaptation cognitive, les interventions réalisables à domicile (*home-based intervention*) et l'ergothérapie. Le détail complet des combinaisons de mots clés utilisés apparaît en annexe A. La recherche dans les bases de données, combinée à la recherche manuelle a permis de trouver 373 articles. Parmi ceux-ci, 14 répondaient aux critères d'inclusion et ont été retenus. Un schéma de la sélection des articles apparaît en annexe B.

La qualité des études a été évaluée à l'aide de la grille d'évaluation dans le guide méthodologique du Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ, 2007) pour les revues systématiques et les études cliniques randomisées. Pour les études ayant un devis pré-post, une grille d'évaluation, s'inspirant de la grille de Law et MacDermid et adaptée par Dumont (2013) a été utilisée. Tous les articles retenus présentaient une qualité jugée soit très satisfaisante ou satisfaisante. Le niveau d'évidences scientifiques appuyant la recommandation de différentes interventions et approches identifiées a ensuite été établi en se basant sur la grille du groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP, 2003) (voir le tableau 1 pour les explications sur les niveaux de cotation).

Tableau 1. Description des cotations utilisées dans la grille du groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Cotation	Signification
A	Bonnes évidences scientifiques appuyant la recommandation
B	Faibles évidences scientifiques appuyant la recommandation
C	Résultats d'études contradictoires : impossibilité de statuer sur la recommandation
I	Pas suffisamment d'évidences scientifiques pour se prononcer sur la recommandation

Cette revue de littérature a identifié différentes interventions cognitives qui peuvent être applicables à domicile, mais la plupart nécessitent soit une évaluation préalable par l'ergothérapeute pour orienter le choix des modalités, soit un soutien/suivi de celui-ci ou encore l'enseignement aux proches aidants par le thérapeute. Les interventions répertoriées touchent trois catégories d'approches de réadaptation pour les fonctions cognitives après un AVC, soient l'approche de restauration (AR) et l'approche compensatoire (AC), mentionnées précédemment. Les recommandations seront émises ici en considérant ces trois approches (avec les abréviations AR et AC) (voir également le tableau 2 qui résume les résultats de la revue documentaire, accompagnés de leur niveau de recommandation).

D'abord, pour favoriser le ré-entraînement des fonctions cognitives touchées, l'utilisation de logiciels informatiques (AR) peut être considérée, mais les résultats de la revue systématique de Cicerone et ses collègues (2011) suggèrent toutefois qu'il est important que le thérapeute offre un encadrement minimal aux personnes qui utilisent cette modalité d'intervention.

En lien avec les difficultés praxiques, l'apprentissage de stratégies compensatoires (AC) (Cicerone et coll., 2011), incluant entre autres l'élaboration d'un plan d'actions (Geusgens, van Heugten, Cooijmans, Jolles, et van den Heuvel, 2007), est aussi conseillée. Le plan d'actions consiste à diviser la tâche en cinq étapes, soient les phases d'initiation, d'orientation, d'exécution, de contrôle et de correction (Geusgens et coll. 2007). Pour ce qui est de l'apraxie à l'habillage, la même approche demeure appropriée pour les personnes qui ont eu un AVC gauche, tandis qu'une approche spécifiquement adaptée à l'héminégligence des personnes qui ont eu un AVC droit est suggérée pour l'entraînement à l'habillage (AR) (Walker et coll., 2012). Les stratégies à utiliser auprès des clients ayant de l'héminégligence comprennent entre autres le fait de donner des indices pour compenser cette difficulté et l'étalement systématique des vêtements (Walker et coll., 2012).

D'autres recommandations peuvent également être conseillées pour intervenir auprès des personnes qui ont de l'héminégligence, incluant l'entraînement au balayage visuel (AR) (Cicerone et coll., 2011; Luanté et coll., 2006), la combinaison du balayage visuel avec l'activation des membres ou avec les rotations du tronc (AR) (Cicerone et coll., 2011; Luauté et coll., 2006), l'imagerie mentale et l'entraînement avec rétroaction (soit visuelle, visuo-motrice ou sensorielle) (AR) (Luanté et coll., 2006). Finalement, puisque le port de la lunette prismatique (AR) peut avoir des impacts fonctionnels positifs (Luauté et coll., 2006), il est important que l'ergothérapeute sache qu'il peut référer la personne en optométrie.

En ce qui concerne l'approche compensatoire, l'utilisation d'une pagette peut être utile pour compenser les difficultés de mémoire (modérées à graves) (Cicerone et coll., 2011), mais également pour favoriser l'initiation et l'exécution d'une tâche chez les personnes qui présentent des difficultés au niveau des fonctions exécutives (Poulin, Korner-Bitensky, Dawson et Bherer, 2011). Toujours en lien avec les fonctions exécutives, une approche d'entraînement à l'utilisation de stratégies de résolution de problèmes (AR-AC) s'avère être un bon moyen d'améliorer l'exécution des tâches (Poulin et coll., 2011). Finalement, une approche multimodale comprenant également des exercices pour favoriser l'utilisation des habiletés entraînées à des situations du quotidien favorise possiblement une généralisation des acquis dans les activités de la vie quotidienne (Boman, Lindstedt, Hemmingsson, et Bartfai, 2004; Pyun, Yang, Lee, Yook, Kwon, et Byun, 2009).

Tableau 2. Interventions cognitives probantes pouvant être appliquées dans un contexte de réadaptation à domicile

Fonction cognitive	Intervention	Type d'approche	Niveau de la recommandation
Attention	Utilisation de logiciels informatiques	AR	A (Cha et Kim, 2013) B (Cicerone et al., 2011; Poulin, Korner-Bitensky, Dawson, et Bherer, 2012; Prokopenko et al., 2013)
Mémoire	Utilisation de logiciels informatiques	AR	A (Cha et Kim, 2013) B (Cicerone et al., 2011; Poulin et al., 2012; Prokopenko et al., 2013)
	Utilisation d'une pagette	AC	B (Cicerone et al., 2011)
Opérations mentales	Utilisation de logiciels informatiques	AR	A (Cha et Kim, 2013) B (Cicerone et al., 2011; Poulin et al., 2012; Prokopenko et al., 2013)
Fonctions exécutives	Utilisation de logiciels informatiques	AR	A (Cha et Kim, 2013) B (Cicerone et al., 2011; Poulin et al., 2012; Prokopenko et al., 2013)
	Utilisation d'une pagette (pour favoriser l'initiation et l'exécution de la tâche)	AC	B (Poulin et al., 2012)
	Stratégies de résolution de problème	AC	B (Poulin et al., 2012)
Apraxie	Apprentissage de stratégies compensatoires / entraînement gestuel Elaboration d'un plan d'actions	AC	A (Cicerone et al., 2011) B (Geusgens et al., 2007)
Apraxie à l'habillage	Elaboration d'un plan d'actions (pour AVC gauche)	AC	B (Geusgens et al., 2007)
	Approche adaptée à l'héminégligence (pour AVC droit)	AR	B (Walker et al., 2012)
Héminégligence	Balayage visuel	AR	A (Cicerone et al., 2011) B (Luauté, Halligan, Rode, Rossetti, et Boisson, 2006)
	Balayage visuel combiné à l'activation des membres ou à la rotation du tronc	AR	A (Cicerone et al., 2011) B (Luauté et al., 2006)
	Imagerie mentale	AR	B (Luauté et al., 2006)
	Entraînement avec rétroaction (visuelle, visuo-motrice ou sensorielle)	AR	B (Luauté et al., 2006)
	Lunette prismatique	AR	B (Luauté et al., 2006)

Légende : AR= approche de restauration; AC= approche compensatoire

2.5. Le défi des ergothérapeutes

L'ergothérapeute qui travaille auprès de la clientèle ayant subi un AVC « vise l'autonomie optimale de la personne et sa satisfaction dans la réalisation de ses habitudes de vie » (Allen et coll., 2008). En ce qui a trait plus spécifiquement aux difficultés cognitives post-AVC, le rôle de l'ergothérapeute consiste à favoriser l'autonomie de la personne dans les domaines d'activités de la vie quotidienne et domestique, du travail, de l'éducation, des loisirs, ainsi que sa participation sociale dans ses autres rôles sociaux, et ce, en intervenant sur les aspects de la cognition (via une approche de restauration ou de compensation) ou sur les occupations directement (Reed, 2014). L'ergothérapeute fait d'ailleurs partie de l'équipe de réadaptation interdisciplinaire assurant la prise en charge des difficultés cognitives post-AVC (Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales de soins de l'AVC, 2013).

Par contre, un sondage pancanadien, mené auprès de 663 ergothérapeutes offrant des services de réadaptation post-AVC a permis de soulever certaines lacunes dans les pratiques auprès de la clientèle qui présente des difficultés cognitives (Korner-Bitensky et al., 2011). Entre autres, un grand manque d'uniformité dans les pratiques d'évaluation et d'interventions cognitives a été démontré, particulièrement en regard des clients qui vivent en communauté (Korner-Bitensky et al., 2011). Le sondage a également révélé que les ergothérapeutes interviennent de façon globale sur les fonctions cognitives à travers les activités fonctionnelles, mais qu'ils rapportent très peu d'interventions spécifiques (ex. : aide-mémoire, stratégies de résolutions de problème, entraînement à l'ordinateur, etc.) (Korner-Bitensky et coll., 2011).

Également, une récente entrevue focalisée de groupe portant spécifiquement sur la prise en charge de la dysfonction exécutive en ergothérapie tend à suggérer que les ergothérapeutes ont besoin d'être outillés et informés pour pouvoir mieux soutenir leurs clients, dont ceux qui retournent à domicile (Poulin, 2014). Les six ergothérapeutes participant à l'étude ont également soulevé la pertinence de mieux informer les clients et leurs familles sur les conséquences des difficultés cognitives et exécutives. Ainsi, les résultats de ces deux

études suggèrent que les ergothérapeutes pourraient bénéficier de ressources d'informations additionnelles afin d'accompagner de façon optimale leurs clients ayant des difficultés cognitives post-AVC, notamment lors du retour dans la communauté.

2.6. Objectifs de recherche

D'une part, le retour à domicile des personnes qui présentent des difficultés cognitives à la suite d'un AVC est difficile, car ces problèmes entravent la réalisation de leurs occupations. Aussi, ces personnes se retrouvent parfois dans un vide de services. D'autre part, bien qu'il existe des interventions cognitives applicables à domicile qui sont prometteuses, les ergothérapeutes vivent des défis quant au soutien qu'ils peuvent apporter aux clients et à leurs familles.

Ainsi, les objectifs de ce projet sont de documenter la pratique actuelle des ergothérapeutes et d'établir leurs besoins d'informations et de ressources en lien avec la réadaptation cognitive des personnes qui retournent à domicile après un AVC, et ce, en vue d'élaborer un guide d'informations pour appuyer leur pratique clinique auprès de cette clientèle.

3. CADRE CONCEPTUEL

Pour guider cette étude, l'élaboration d'un cadre conceptuel a été basée sur trois modèles préexistants : le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (Townsend, Polatajko et Craik, 2013), le modèle de réadaptation cognitive (Multimodal Model of Cognitive Rehabilitation; Parenté et Herrmann, 2003), ainsi que le modèle du Processus des connaissances à la pratique (Knowledge to Action Process (KTA) Model; Graham et coll., 2008). La présente section explique brièvement le processus et les réflexions menant à l'élaboration d'un cadre conceptuel pour guider la méthode.

3.1. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels

Le Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels (MCREO) (Townsend, Polatajko et Craik, 2013), tel que présenté à l'annexe C, est un modèle conceptuel utilisé en ergothérapie pour « conceptualise[r] le rendement occupationnel en tant qu'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement » (Townsend et Polatajko, 2013). L'occupation, incluant la productivité, les soins personnels et les loisirs, relie la personne à l'environnement. La personne est composée de ses dimensions physique, cognitive, affective et spirituelle, qui est le « noyau » de l'individu, c'est-à-dire que la spiritualité est au cœur de la personne (Townsend et Polatajko, 2013). L'environnement est, quant à lui, divisé selon les aspects physique, social, culturel et institutionnel (Townsend et Polatajko, 2013). Ce modèle a été choisi dans le cadre de ce projet en raison du fait qu'il témoigne de l'intérêt primordial de l'ergothérapie : l'occupation. Il nous permet de bien saisir le contexte d'intervention en ergothérapie, notamment auprès des personnes ayant subi un AVC. Également, il présente bien les interactions complexes existant entre les différentes dimensions de la personne, l'environnement et l'occupation. Par exemple, si la personne présente des difficultés attentionnelles suite à son AVC (c'est-à-dire qu'elle présente une atteinte de la dimension cognitive), il pourrait être favorable pour elle de travailler dans un environnement calme, limitant les sources de distraction, de manière à faciliter la performance

dans ses occupations (exemple : la préparation d'un repas complexe) et à optimiser son rendement occupationnel.

3.2. Modèle de réadaptation cognitive

Le modèle de réadaptation cognitive [traduction libre de *Multimodal Model of Cognitive Rehabilitation* de Parenté et Hermann (2003)] est un modèle qui présente tous les facteurs qui entrent en jeu dans la réadaptation cognitive. Il est pertinent dans le contexte de la présente étude, car il met en lumière tous les aspects à considérer dans la réadaptation cognitive, c'est-à-dire les facteurs qui influencent le fonctionnement cognitif, de même que les différentes approches de réadaptation cognitive. Les auteurs stipulent que le fonctionnement optimal des processus cognitifs dépend de la qualité des interactions entre trois modes : le mode actif, le mode passif et le mode de support.

Le mode actif correspond à l'approche de restauration détaillée plus haut dans la recension des écrits. Ainsi, il comprend notamment les manipulations mentales, qui permettent l'encodage ou la récupération d'informations (ex. : imagerie mentale, stratégies d'encodage, stratégies mnémotechniques), ainsi que les *mental sets*, qui sont des façons d'initier une tâche en s'assurant de réfléchir à tous les éléments à considérer avant d'entreprendre des actions (ex. : stratégies de résolution de problème, de prise de décision, d'apprentissage, etc.) (Parenté et Hermann, 2003). Le mode passif comprend, quant à lui, toutes les variables externes à la pensée qui peuvent influencer considérablement le fonctionnement cognitif et la disposition d'une personne à réaliser une tâche cognitive. Il est divisé en aspects physiologiques et psychologiques. D'abord, les aspects physiologiques comprennent 1) l'état physique, qui inclut tous les facteurs qui influencent la vie quotidienne (ex. : sommeil, fatigue, exercice, douleur, nutrition, etc.), 2) l'état chimique qui fait référence aux substances pouvant altérer les fonctions physiques et cognitives telles que l'alcool, les drogues et la médication et finalement 3) la santé en général qui englobe à la fois les problèmes de santé physique et mentale (ex. : anémie, hypotension artérielle, dépression, etc.). Les aspects psychologiques se divisent également en trois catégories soient 1) les attitudes, qui sont les éléments influençant la

disposition de la personne à traiter l'information ou à interagir avec d'autres personnes (ex. : croyances religieuses, préférences personnelles en lien avec le thérapeute, etc.), 2) l'état émotionnel qui inclut les sentiments de la personne (ex. : anxiété, stress, état dépressif, labilité émotionnelle, contrariété en lien avec un inconfort, une douleur chronique, du bruit, des tracas, etc.) et 3) les motivations qui influencent les actions qu'entreprendra une personne pour atteindre ses buts (Parenté et Hermann, 2003). Enfin, le mode de support aide la personne à performer dans ses tâches grâce à des dispositifs prothétiques qui permettent d'éviter des erreurs (ex. : téléphones intelligents, alarme, paiements pré-autorisés, liste à cocher, etc.), à l'utilisation d'un réseau social pour compenser les déficits cognitifs ou à l'adaptation de l'environnement physique (ex. : positionner les objets stratégiquement pour réduire les distractions) (Parenté et Hermann, 2003). Voir aussi le modèle complet à l'annexe D.

3.3. Processus des connaissances à la pratique (KTA Model)

Le modèle du Processus des connaissances à la pratique, présenté à l'annexe E, est un modèle de transfert des connaissances entre la recherche et la pratique clinique (Graham et coll., 2006). Les auteurs de ce modèle l'ont créé pour permettre de diminuer l'écart entre le savoir théorique et l'application pratique des connaissances par les cliniciens. Le choix de ce modèle s'avère judicieux pour justifier les étapes de la méthode et pour bâtir l'outil de collecte de données auprès des ergothérapeutes. Ce modèle comprend deux grandes parties. La section au centre du modèle correspond à l'étape de création des connaissances. Ce sont les connaissances issues de la recherche que l'on veut intégrer dans la pratique. Les éléments qui gravitent autour de la figure centrale forment « le cycle d'actions ». Les auteurs mentionnent que dans le cycle d'actions, les étapes sont dynamiques et peuvent s'influencer entre elles.

Dans le cadre de ce projet, les quatre premières étapes du cycle d'actions sont appliquées. La première étape sert à cerner le problème, à examiner et à choisir les connaissances que l'on veut intégrer à la pratique. C'est souvent au cours de la recension des écrits et par la consultation des individus concernés que cette étape se réalise. La deuxième étape vise ensuite à adapter les connaissances à transmettre à un groupe en fonction de leur

contexte local ou de leur contexte de pratique. Cette étape est nécessaire pour s'assurer que les connaissances sont pertinentes et correspondent aux besoins des cliniciens concernés. L'étape suivante, qui consiste à évaluer les barrières à l'utilisation des connaissances, sert à déterminer les obstacles possibles à l'utilisation des connaissances, de même qu'à déployer des stratégies qui limiteront leur impact négatif. Par le fait même, le chercheur évalue aussi les facilitateurs à l'utilisation et à l'application des connaissances dans le contexte clinique. La quatrième étape, qui consiste à sélectionner, adapter et mettre en place des interventions pour effectuer le transfert de connaissances, sera aussi amorcée dans le cadre de ce projet en vue de mener à la création du guide pour appuyer la pratique des ergothérapeutes auprès de leurs clients ayant des difficultés cognitives post-AVC. Les étapes ultérieures servent à évaluer l'efficacité du transfert de connaissances (Graham et coll., 2006).

3.4. Modèle conceptuel combiné

Tel que présenté à la figure 1, un modèle conceptuel qui combine les trois modèles décrits précédemment a été créé de manière à intégrer et prendre en compte tous les concepts importants pour guider l'élaboration et la réalisation de la présente étude.

Le modèle conceptuel combiné ci-dessous est bâti sous la forme du MCREO (Townsend, Polatajko et Craik, 2013), en ce sens où ce qui a trait à la personne se situe au centre (incluant la dimension cognitive, ainsi que les états psychologique et physiologique (issus du modèle de réadaptation cognitive)). La cognition y est définie de la même façon qu'à la section 2.2. La personne est entourée de l'occupation, qui s'effectue dans un contexte donné où peuvent être intégrées les approches de restauration et de compensation, décrites précédemment dans la revue de la littérature effectuée. Les occupations représentent un « ensemble d'activités et de tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus [...] donnent un nom, une structure, une valeur et une signifiante. C'est tout ce que la personne fait pour s'occuper d'elle-même, prendre plaisir à la vie et contribuer à l'édification sociale et économique de la communauté » (Townsend et Polatajko, 2013).

Le contexte d'influence est représenté en mauve sur le modèle. Il s'agit des facteurs énoncés dans le modèle de réadaptation cognitive décrit plus haut (Parenté et Herrmann, 2003), soient les types d'approches : restauration (énoncée sous les termes « modes actifs » dans le modèle de réadaptation cognitive) et compensatoire (énoncée sous les termes « mode de support » dans le modèle de réadaptation cognitive) et les facteurs de la personne (c'est-à-dire les états physiologique et psychologique, énoncés sous les termes « modes passifs » dans le modèle de réadaptation cognitive). Les états physiologique et psychologique sont en pointillés pour signifier que leur importance peut être plus ou moins grande d'une personne à l'autre.

La combinaison du MCREO (Townsend, Polatajko et Craik, 2013) et du modèle de réadaptation cognitive (Parenté et Herrmann, 2003) s'avère utile pour illustrer la compréhension et la vision de la réadaptation cognitive en ergothérapie qui vise avant tout l'autonomie de la personne dans ses occupations. Ainsi, l'intégration de ces deux modèles symbolise les connaissances théoriques que l'on veut intégrer à la pratique; c'est pourquoi ces éléments sont placés au centre de l'image. Les connaissances sur la réadaptation cognitive pertinentes à la pratique de l'ergothérapie seront transmises grâce aux étapes énoncées dans le modèle KTA (Graham et coll., 2006). Les quatre premières étapes, en bleu, sont les étapes qui seront amorcées dans le cadre de ce projet. Les trois étapes en vert ne seront pas effectuées, mais elles représentent la suite des actions à entreprendre pour compléter le cycle de transfert des connaissances à la pratique.

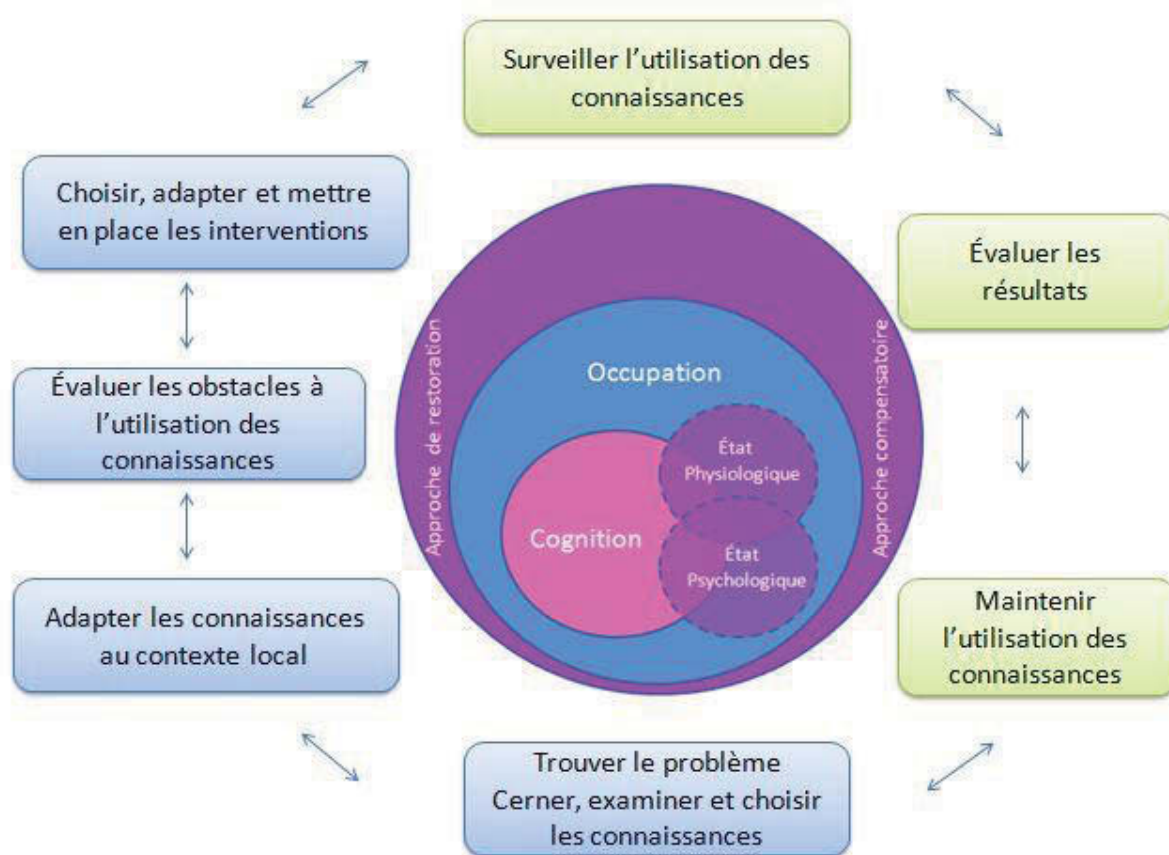


Figure 1. Modèle conceptuel combiné

Figure adaptée en partie à partir de la Figure 2.1. A multimodal model for cognitive rehabilitation dans Parenté, R. et Herrmann, D. (2003). *Retraining Cognition Techniques and Applications*, 3^e édition. Austin, TX: PRO-ED. Copyright 2003 par Pro-Ed, Inc. p.14. Figure adaptée avec permission de Pro-Ed.

4. MÉTHODE

Dans cette section, les principales étapes réalisées pour mener à terme ce projet de recherche seront décrites. Ainsi, le devis de recherche, l'échantillon à l'étude, la collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques seront abordés.

4.1. Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé est descriptif, de type enquête descriptive transversale. Ce devis est décrit comme étant une

investigation au cours de laquelle des données sont recueillies auprès d'un groupe déterminé de personnes afin de décrire leurs caractéristiques, les opinions, leurs attitudes ou leurs expériences antérieures et d'en dresser un portrait général. Les principaux buts de l'enquête sont de recueillir de l'information factuelle sur un phénomène existant, de décrire des problèmes, d'apprécier les pratiques courantes et de faire des comparaisons et des évaluations. (Fortin, 2010, p.293)

Ce devis s'avère indiqué pour mener la recherche, car on souhaite documenter les besoins des cliniciens en lien avec un phénomène donné, soit la réadaptation cognitive post-AVC chez les personnes qui retournent à domicile. La cueillette d'informations servira également à dresser un portrait de la réalité clinique des cliniciens, qui doit être prise en considération lors du processus de transfert de connaissances tel qu'énoncé dans le modèle KTA (Graham et al., 2006).

4.2. Échantillon

La population ciblée correspond aux ergothérapeutes qui œuvrent auprès d'une clientèle ayant subi un AVC. Dans le cadre de cette étude, la population accessible exerçait dans Lanaudière. Une taille d'échantillon de 6 à 10 participants était visée pour la collecte de

données, qui consiste en un groupe de discussion focalisé. Ce nombre de participants est recommandé afin d'assurer le déroulement optimal du groupe de discussion (Fortin, 2010).

4.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères suivants ont été choisis de manière à s'assurer que les cliniciens recrutés avaient suffisamment d'expérience clinique pour pouvoir témoigner des besoins des ergothérapeutes en matière de réadaptation cognitive post-AVC. Les critères d'inclusion furent les suivants:

- occuper un emploi d'ergothérapeute clinicien;
- avoir au moins un an d'expérience auprès de la clientèle AVC;
- traiter au moins un client ayant subi un AVC par mois;
- s'exprimer en français.

Les cliniciens ne pouvant se déplacer pour assister au groupe de discussion en raison d'un éloignement géographique étaient exclus.

4.2.2. Méthode de recrutement

Le mode de recrutement adopté dans le cadre de cette recherche fut inspiré de l'échantillonnage par réseaux. Il s'agissait ici d'une méthode judicieuse puisqu'elle « perme[t] aux sujets recrutés initialement de suggérer, à la demande du chercheur, le nom d'autres personnes qui leur paraissent remplir les critères de participation à l'étude » (Fortin, 2010). Dans un premier temps, des contacts ont été faits par l'étudiante-chercheuse dans son milieu de stage. Ces contacts ont ensuite fourni le nom d'autres cliniciens qui pourraient possiblement être intéressés à participer au projet de recherche. Une prise de contact a été réalisée par téléphone ou par courriel, en joignant également une lettre d'informations à propos du projet de recherche.

4.3. Collecte de données

Tel que mentionné précédemment, l'outil privilégié pour effectuer la collecte de données dans le cadre de cet essai est le groupe de discussion focalisée, aussi appelé *focus*

group. L'intérêt principal de choisir ce type d'outil de collecte est de « fournir une compréhension collective des points de vue des participants » (Fortin, 2010) quant au sujet à l'étude, soit la réadaptation cognitive après un AVC chez les gens qui retournent à domicile.

Le but est de mieux comprendre un problème [...] En créant un environnement social propice dans lequel les membres sont stimulés par les idées et les perceptions de leurs pairs, le [chercheur] peut accroître la qualité et la recherche des données plus efficacement que dans l'entrevue individuelle. (Fortin, 2010, p.430)

Le nombre de participants étant limité, cela permet une diversité de points de vue tout en favorisant la participation de tous. Les questions posées par l'étudiante-chercheuse étaient ouvertes, de manière à favoriser la réflexion des participants. Une attention particulière a été accordée pour s'assurer que chaque participant puisse s'exprimer équitablement dans le groupe. À cet égard, les participants étaient placés en table ronde pour favoriser la discussion.

4.3.1. Déroulement de la collecte de données

4.3.1.1. Développement des questions du groupe de discussion

Les questions ont été élaborées en se basant sur 1) la revue de littérature effectuée en lien avec ce projet, 2) le modèle conceptuel combiné expliqué plus haut et 3) les résultats d'un groupe de discussion focalisée réalisé antérieurement auprès de six ergothérapeutes cliniciens (Poulin, 2014). Ainsi, le déroulement de la discussion était divisé en deux parties. Dans la première partie, l'objectif était de dresser un portrait du contexte de pratique des cliniciens, de manière à être fidèle aux étapes du processus de transfert de connaissances (Graham et coll., 2006). La seconde partie portait sur le document d'informations à produire, c'est-à-dire que les cliniciens ont exprimé leurs besoins en termes de contenu, leurs préférences par rapport au format du guide, ainsi que les facilitateurs et les obstacles à l'utilisation d'un tel document. Le canevas d'entrevue apparaît à l'annexe F.

4.3.1.2. Déroulement du groupe de discussion focalisée

Le groupe de discussion focalisée a eu lieu dans un local du milieu clinique des participants, après les heures de travail des cliniciens pour éviter d'interférer avec leurs obligations professionnelles. À leur arrivée, les participants devaient lire et signer le formulaire de consentement, puis ils remplissaient un questionnaire sociodémographique qui a servi à décrire l'échantillon à l'étude. Le groupe était animé par l'étudiante-chercheuse, qui était accompagnée de sa directrice de recherche, qui notait les informations-clés mentionnées par les participants sur un tableau afin de récapituler et de valider l'ensemble des points de vue des participants pour chacune des questions. L'entrevue de groupe, d'une durée de deux heures, a été enregistrée en totalité sur bande audio.

4.4. Analyse des données

Les données sociodémographiques décrivant les participants ont été analysées en calculant les fréquences. En ce qui a trait aux données recueillies lors de l'entrevue de groupe, celles-ci ont été retranscrites intégralement et regroupées à l'aide du logiciel Weft QDA. Puis, elles ont été analysées en suivant une méthode d'analyse qualitative des données inspirée de Miles et Huberman (2003), telle que décrite dans Fortin (2010). Cette méthode comporte trois étapes, soient la condensation des données, la codification de celles-ci, puis l'élaboration et la vérification des conclusions. Aux étapes de condensation et de codification des données, on procède à la réduction des données en éliminant les parties du verbatim non pertinentes à la question, en segmentant les idées et en les résumant. De cette façon, on parvient à « dégager des thèmes, des tendances et établir des catégories » (Fortin, 2010, p.460). Il est à noter que certains thèmes avaient été établis au préalable en fonction du modèle conceptuel décrit à la section 3.4. L'ajout de certains thèmes a également eu lieu. La codification s'est effectuée manuellement par l'étudiante-chercheuse et a été contre-vérifiée par la directrice de recherche. Les citations issues du verbatim et permettant d'illustrer chacun des thèmes ont également été intégrées à la section des résultats qui suit.

4.5. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a reçu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières le 31 janvier 2014. Le certificat d'approbation éthique, qui porte le numéro CDERS-14-03-06.02, apparaît à l'annexe G.

5. RÉSULTATS

Cette section vise à présenter les résultats issus de la collecte de données effectuée auprès des cliniciens dont les objectifs étaient de documenter leur pratique, de même que de déterminer leurs besoins d'informations et de ressources en lien avec la réadaptation cognitive après un AVC chez les clients qui retournent à domicile.

Le tableau 3 présente les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des six cliniciens ayant participé au groupe de discussion focalisée. Les milieux cliniques des participants couvrent une grande partie du continuum de soins, c'est-à-dire les soins aigus, CR et maintien à domicile. Le nombre d'années d'expérience des participants auprès de la clientèle ayant subi un AVC varie entre trois et quinze ans.

Lors de l'analyse de contenu, les thèmes ont été classés dans trois principales catégories, soient le contexte de pratique des cliniciens, la pratique clinique des ergothérapeutes auprès de la clientèle ayant subi un AVC présentant des troubles cognitifs, en terminant avec les besoins des participants en regard de la création du document d'informations pour appuyer leur pratique auprès de cette clientèle.

Tableau 3. Caractéristiques des participants

CARACTÉRISTIQUES	n
SOCIODÉMOGRAPHIQUES	
Sexe (Femme/Homme)	5/1
Âge (années)	
26-30 ans	1
31-35 ans	1
36-40 ans	1
41-45 ans	3
RELIÉES AU TRAVAIL	
Milieu de travail	
CH-soins aigus	2
CR-interne	1*
CR-externe	2*
CLSC	2**
Ressource externe pour personnes âgées	1**
Nombre total d'années d'expérience	
1-5 ans	1
6-10 ans	2
11-15 ans	0
16-20 ans	1
21-25 ans	2
Nombre d'années d'expérience auprès de la clientèle AVC	
1-5 ans	2
6-10 ans	2
11-15 ans	2
Type d'horaire	
Temps plein	5
Temps partiel	1
Pourcentage de la clientèle ayant un AVC	
<25%	1
25-49%	1
50-74%	3
≥75%	1
Niveau de confiance à traiter les personnes qui ont subi un AVC	
Un peu	1
Assez	4
Très	1

* L'un des participants travaille la majorité du temps auprès d'une clientèle à l'externe en CR et occasionnellement auprès de la clientèle à l'interne en CR, de sorte qu'il a été compté dans chaque catégorie.

** Le participant travaillant dans une ressource externe pour personnes âgées venait de changer de milieu clinique peu de temps avant l'étude et occupait auparavant un emploi en CLSC. Ses interventions dans le groupe de discussions ont été surtout en lien avec son expérience antérieure en CLSC mais il a été compté dans chaque catégorie (c'est-à-dire, CLSC et ressource externe pour personnes âgées).

5.1. Contexte de pratique

Deux principaux thèmes en lien avec le contexte de pratique des cliniciens travaillant auprès de la clientèle ayant subi un AVC et présentant des difficultés cognitives ont émergé de la discussion : le manque de temps, ainsi que les lacunes dans l'organisation des soins de santé. D'abord, les cliniciens interrogés rapportent un manque de temps pour évaluer, intervenir ou encore se tenir à jour quant aux données probantes. En effet, leurs propos illustrent le fait que les cliniciens en soins aigus n'ont pas toujours le temps d'effectuer des dépistages cognitifs chez leurs patients étant donné que ceux-ci reçoivent leur congé parfois très rapidement. Une participante rapporte qu'« il y a des fois où on n'a même pas le temps du tout de les évaluer . . . on arrive pour aller voir le patient et il est déjà parti ». Le manque de temps se fait également sentir à tous les niveaux du continuum de soins, puisque les ergothérapeutes mentionnent avoir peu de temps pour se tenir à jour par rapport aux nouvelles données probantes. « Dans un monde idéal, on aurait le temps de lire des articles », rapporte une clinicienne du CR. À ce propos, ils mentionnent consulter le site www.strokeengine.ca, des livres de références sur la réadaptation cognitive, de même que consulter les revues d'ergothérapie pour guider leurs interventions. Les cliniciens du CH ou du CR peuvent également consulter une bibliothécaire pour lui demander de faire des recherches sur un sujet donné. Les cliniciens suivent également des formations continues pour maintenir leurs connaissances à jour.

Les cliniciennes du CLSC, quant à elles, ont soulevé quelques lacunes dans l'organisation du système de santé. En effet, elles mentionnent qu'elles sont rarement sollicitées pour une consultation ou un suivi dans les cas d'AVC, si le client n'a pas de problèmes physiques, ce qui fait que les clients avec des difficultés cognitives ne reçoivent pas toujours des services lors du retour à domicile. « Les AVC, moi je sais que les dernières années je ne les voyais pas passer sauf s'ils avaient des problématiques physiques ».

5.2. Pratique des ergothérapeutes auprès de la clientèle ayant subi un AVC et présentant des difficultés cognitives

Les aspects du fonctionnement cognitif et occupationnel perçus par les cliniciens comme étant fréquemment touchés chez leurs clients, de même que le type d'interventions réalisées ont été classés en fonction du modèle conceptuel combiné présenté précédemment.

5.2.1. Cognition

Les cliniciens ont répertorié plusieurs exemples de déficits cognitifs rencontrés chez leurs patients qui ont subi un AVC dont l'anosognosie, les difficultés de mémoire, d'attention, d'orientation, des fonctions exécutives, l'héminégligence et l'apraxie. D'abord, la présence d'anosognosie chez les clients, peut rendre la tâche des ergothérapeutes plus complexe, puisque « c'est difficile [de leur apprendre à] compenser quand ils ne sont pas conscients [de leurs déficits] ». Ensuite, les participants ont mentionné rencontrer beaucoup de clients qui présentent des difficultés au plan de la mémoire, de l'attention et de l'orientation. Les fonctions exécutives telles que le jugement, l'autocritique et la capacité de prise de décision sont aussi souvent touchées, de sorte qu'« il y en a qui vont prendre beaucoup de risques », rapporte une participante. Parfois, les clients peuvent aussi paraître apathiques puisqu'ils ont des problèmes à initier la tâche, ce qui soulève beaucoup d'incompréhension et de questionnements chez la famille. Également, en réadaptation externe, les cliniciens passent beaucoup de temps avec leurs clients à réapprendre à gérer un horaire et à développer les capacités d'organisation. Finalement, l'héminégligence et l'apraxie sont deux difficultés cognitives qui interfèrent beaucoup avec le fonctionnement de la personne et qui sont fréquemment rencontrées par les cliniciens.

5.2.2. Prise en compte des états psychologique et physiologique de la personne

Les experts interrogés ont discuté de l'importance de considérer les facteurs liés à la personne (c.-à-d. aux plans psychologique et physiologique) lorsqu'ils interviennent auprès d'une clientèle qui présente des troubles cognitifs. Ainsi, trois principaux thèmes sont en lien avec les facteurs de la personne : le deuil, la motivation, ainsi que la fatigue. D'abord, en lien

avec l'état psychologique de la personne, une clinicienne rapporte que l'aspect du deuil des clients « par rapport aux pertes qu'ils ont eues » est un élément majeur lors du retour au domicile. Les clients réalisent « qu'ils n'ont pas tout récupéré ce qu'ils voulaient » rapporte-t-elle. Il s'agit donc d'un élément important à prendre en considération pour les cliniciens. Le second thème se rapporte à la motivation. En effet, les experts considèrent qu'il est important de cerner les intérêts des clients pour stimuler leur motivation. Cela permet d'utiliser les intérêts pour « travailler en même temps ce qu'ils ont besoin » rapporte un clinicien du CR externe. Finalement, en regard de l'état physiologique, les participants insistent sur l'impact de la fatigue sur le fonctionnement de la personne. Selon les cliniciens, presque tous leurs clients sont plus fatigués suite à la survenue de l'AVC. Les cliniciens interviennent sur la fatigue, principalement par l'enseignement de principes de gestion de l'énergie, car ils reconnaissent son impact négatif sur la cognition : « la personne fonctionne, mais ça lui prend plus de temps, elle est plus ralentie, elle se trouve moins efficace . . . elle tombe très fatiguée et dans ces temps-là, tous les problèmes cognitifs sont pires », mentionne une ergothérapeute du CR.

5.2.3. Occupation

Les ergothérapeutes ont répertorié les occupations qui font fréquemment l'objet de leurs interventions, en lien avec les déficits cognitifs de leurs clients. Ainsi, les activités de la vie domestique (AVD) souvent touchées sont l'utilisation du téléphone, la gestion des rendez-vous, la préparation des repas en passant par faire l'épicerie, la conduite automobile et la gestion du courrier. Par exemple, les experts rapportent qu'« ils font des erreurs et [qu']ils oublient ». Par rapport aux activités de la vie quotidienne (AVQ), les principales occupations répertoriées sont l'habillage (dans les cas d'apraxie), la gestion des médicaments (ex. : « ils mélangent les doses, ils ont de la difficulté à gérer la dosette »), l'alimentation (dans les cas d'héminégligence) et parfois même l'hygiène. Finalement, les cliniciens encouragent la reprise des loisirs ou « d'essayer d'orienter la personne dans de nouvelles activités ».

5.2.4. Approche compensatoire

La majorité des interventions accomplies par les ergothérapeutes interrogés découlent de l'approche compensatoire, telle que décrite dans le modèle conceptuel combiné présenté précédemment. Trois principaux thèmes illustrent cette approche, soient l'éducation auprès de la famille, les aides externes, ainsi que l'aménagement de l'environnement physique. D'abord, la famille occupe une place importante dans les interventions réalisées par l'ergothérapeute, puisque « c'est vraiment la famille qui apporte un grand soutien et qui compense pour les [in]capacités de la personne ». Par contre, cela implique « beaucoup d'éducation à la famille et aux proches » par les ergothérapeutes. Les cliniciens en soins aigus ont tous deux mentionné qu'elles donnent souvent des « trucs à la famille [pour] aider la personne à être plus autonome » et reprendre certaines activités malgré les incapacités. La grande implication de la famille comporte toutefois des risques, comme s'entendent pour le dire tous les participants : « au début, les premières semaines, ça va. La famille est contente de faire ça pour le client, mais après ça... Ça devient difficile et c'est avec le temps qu'on va voir l'épuisement des aidants ». Plusieurs raisons expliquant cet épuisement ont été suggérées : « le manque d'autocritique, c'est dur à gérer pour la famille...la personne prend plus de risques . . . ça va faire en sorte que ça épuise encore plus la famille, qui ne veut pas les laisser [seuls] une heure »; « des fois la famille se tannait de compenser pour [tous] les problèmes » ou lors du retour à domicile, « tout l'impact des problèmes que le client peut avoir, en regard des troubles cognitifs, la famille ne le réalise pas ». Ensuite, la compensation grâce aux aides externes est également souvent utilisée comme modalité d'intervention. En soins aigus, les intervenants proposent des moyens compensatoires pour les problèmes mnésiques comme l'utilisation d'un agenda ou d'un bloc-notes à côté du téléphone. En CLSC, les intervenants proposent parfois l'installation d'une minuterie près de la cuisinière pour pallier aux déficits cognitifs. Finalement, l'aménagement de l'environnement physique est également fréquemment utilisé. Entre autres, en CR, une intervenante mentionne qu'elle travaille avec l'environnement pour favoriser les déplacements sécuritaires malgré les problèmes de perception visuelle. Même à domicile, les intervenantes du CLSC demandent parfois aux familles de positionner les éléments à la table de manière à ce que la personne ait accès aux articles requis et puisse s'organiser plus facilement.

5.2.5. Approche de restauration

Les cliniciens mentionnent qu'ils font peu de ré-entraînement spécifique des fonctions cognitives (ex. : entraînement cognitif à l'ordinateur), mais qu'ils intègrent la stimulation cognitive au travers de la réalisation d'activités fonctionnelles. En soins aigus, une intervenante mentionne qu'elle « ne traite à peu près plus » la cognition, par manque de temps. « Parfois, mentionne la seconde intervenante en soins aigus, on va faire un entraînement aux déplacements en fauteuil roulant et on va intégrer une partie de jeux » qui stimulent la cognition. La majorité des interventions touchant l'approche de restauration sont en lien avec la stimulation du côté négligeant. Ainsi, en soins aigus, « on va placer [le client dans sa chambre] pour stimuler le côté où il va faire de l'héminégligence. » En CR, les intervenants peuvent faire de la stimulation cognitive, en fonction des intérêts de la personne et de son potentiel de récupération. Souvent, il va s'agir d'un programme d'activités à faire à la maison, tels que des jeux de société ou des logiciels informatisés pour lesquels les clients démontrent des intérêts. Par contre, les cliniciens orientent plus leurs interventions sur l'aspect fonctionnel du retour à domicile. La stimulation cognitive pure est d'ailleurs assurée par la neuropsychologue du CR. Les intervenants du CLSC rapportent faire très peu d'interventions de restauration des fonctions cognitives.

5.3. Besoins des cliniciens

La seconde partie du groupe de discussion avait comme objectif de répertorier les besoins d'informations et de ressources des cliniciens en lien avec la réadaptation cognitive post-AVC des personnes qui retournent à domicile. Les cliniciens ont également précisé le contenu et le format désirés pour le document d'informations à produire, ainsi que les barrières et les facilitateurs quant à son utilisation.

5.3.1. Nécessité de créer un guide d'informations destiné aux clients et aux familles

Lorsque questionnés sur leurs besoins d'informations et de ressources pour appuyer leur pratique en réadaptation cognitive, l'ensemble des cliniciens ont clairement insisté sur la pertinence de développer un guide d'informations destiné aux clients et aux familles. « Moi, je

pense que le guide, je le verrais pour la personne puis ceux qui l'entourent; je ferais un guide pour le client et la famille; . . . à titre éducatif, pour la famille ». Pour les cliniciens, le principal objectif du guide à produire serait de fournir « un outil pour l'enseignement des familles » pour que celles-ci « soient guidées dans ce qui est [acceptable] de faire pour la personne ». Ainsi, la discussion avec les participants s'est ensuite articulée principalement autour des différents éléments du contenu et du format appropriés aux utilisateurs ciblés.

5.3.2 Contenu du guide d'informations

5.3.2.1. Domaines de la cognition à aborder

Les cliniciens s'entendent pour dire que souvent, lorsqu'ils discutent des problèmes cognitifs susceptibles d'interférer dans le quotidien des clients, ceux-ci pensent principalement aux problèmes de mémoire et d'attention. Ils comprennent bien ce que représentent ces atteintes. Par contre, l'héminégligence et l'apraxie sont des atteintes plus subtiles et moins faciles à comprendre pour les familles, ce qui fait qu'il serait intéressant d'en parler dans le guide. « L'héminégligence, je pense que les gens ont de la misère à comprendre [ce que c'est], puis c'est souvent ce qui a le plus d'impact à la maison », rapporte une participante. Une clinicienne du CR a également mentionné que « si on avait à prioriser une atteinte cognitive à détailler dans le guide, ce serait l'apraxie ». La principale raison évoquée pour ce choix est d'aider les clients et leur famille à « comprendre c'est quoi l'apraxie. Pourquoi est-ce que la personne va mettre son chandail à l'envers . . . », puisqu'il s'agit d'une atteinte difficile à saisir.

5.3.2.2. Occupation : fournir de l'éducation sur les impacts fonctionnels des difficultés cognitives

Les cliniciens insistent aussi sur la nécessité d'éduquer adéquatement les clients et leur famille sur les impacts fonctionnels des difficultés cognitives. Ils ont ainsi suggéré d'ajouter une section dans le guide qui explique concrètement l'impact possible de différents problèmes cognitifs dans le quotidien de la personne. Par exemple, la personne « mange juste la moitié de son assiette » ou encore la personne « accroche tout le temps le cadre de porte en marchant ».

Ces problèmes pourraient également être présentés sous forme de « petites vignettes [de type] problème-solutions », suggère une participante.

5.3.2.3. État psychologique : importance de fournir des informations sur les ressources de soutien disponibles

Considérant l'importance du deuil vécu par les clients et leur famille lorsque la reprise de certaines activités et rôles est compromise par les séquelles de l'AVC, dont les incapacités cognitives, les cliniciens du CLSC ont aussi suggéré d'ajouter une section sur les ressources de soutien pertinentes disponibles.

5.3.2.4. État physiologique : importance de la gestion d'énergie

Un autre facteur sur lequel les ergothérapeutes s'entendent quant à l'importance de l'aborder dans le guide est la fatigue, étant donné qu'il « s'agit d'un point commun chez toutes les personnes qui ont subi un AVC » et que « la fatigue influence tout le cours de la réadaptation ». Ainsi, un rappel des principes de conservation d'énergie serait, à leur avis, judicieux puisque « la famille a tendance à vouloir pousser la personne ou elle-même veut trop pousser », ce qui crée encore plus de fatigue.

5.3.2.5. Approche compensatoire : pertinence d'un journal de bord pour faciliter le partage d'informations et de solutions

Les cliniciens ont soulevé la pertinence d'un type précis d'aide compensatoire externe pour la clientèle ayant des difficultés cognitives post-AVC, soit l'utilisation d'un journal de bord. En effet, une clinicienne du CLSC a mentionné que dans un monde idéal, la communication entre les intervenants de la réadaptation devrait être facilitée, c'est-à-dire que pour les ergothérapeutes qui travaillent à domicile avec leur client, il serait intéressant de savoir ce qui a été fait lors des étapes précédentes de réadaptation. Ainsi, pour pallier à ce manque de communication, elle a suggéré de créer un document de type « journal de bord » qui agirait comme aide externe. Cet outil servirait aux familles et aux clients pour « documenter ce qui est fait à chaque phase de la réadaptation [pour savoir] ce qui a le plus aidé

et documenter les stratégies [utiles] ». La personne ou son proche-aidant pourrait répertorier les stratégies utiles pour pallier à ses difficultés cognitives, par exemple « cela m'aide à m'organiser dans la tâche quand j'ai des rappels imagés autour de moi ». « Ça peut être un outil intéressant si la personne a toujours rempli le journal. Pour les intervenants, ça fait plus comme un continuum, car ils connaissent mieux l'historique de la personne ». Les intervenants du CR ont mentionné trouver cette idée très intéressante en raison de la passivité de la plupart de leurs clients qui agissent en pensant « qu'ils sont des patients qui reçoivent des soins » sans prendre en mains leur réadaptation. Grâce à l'idée du journal, « c'est vraiment [le client ou sa famille] qui prend la responsabilité de gérer ça . . . on n'a pas besoin de le faire pour eux ». Cet outil les aidera donc à se « responsabiliser ». Également, une participante a mentionné qu'il serait intéressant que les clients et leur famille notent tous les éléments qui ont été plus difficiles en lien avec leur quotidien. Par exemple, « la conjointe pourrait écrire qu'elle a trouvé les médicaments de son conjoint à côté de son assiette ». Cela servirait « d'outil de réflexion pour l'ergothérapeute » qui analyserait, avec le reste de l'équipe de réadaptation, la raison pour laquelle les médicaments n'ont pas été pris (« Problèmes de mémoire? Héminégligence? Incapacité à manipuler les comprimés? ») et les stratégies possibles pour compenser ces difficultés.

5.3.2.6. Approche de restauration : pertinence d'inclure des suggestions d'activités stimulant les fonctions cognitives

En lien avec une approche de restauration des fonctions cognitives, les cliniciens ont mentionné qu'il serait intéressant que le guide comprenne aussi « une banque d'activités . . . basée sur les données probantes » en lien avec « les atteintes moins connues dont on a parlées », soient l'apraxie et l'héminégligence. Une clinicienne travaillant en soins aigus précise aussi : « En soins aigus, [les clients] veulent avoir des activités à faire [en prévision du retour] à la maison, de la stimulation ».

5.3.3. Format du document d'informations

Les participants ont identifié certaines lacunes dans les guides d'informations sur les AVC actuellement disponibles pour les clients et leurs familles et ils ont aussi élaboré sur le format souhaité pour le présent guide. D'abord, la principale lacune dans les guides destinés aux survivants d'AVC est que c'est « beaucoup trop d'informations » et trop long, ce qui complique leur utilisation auprès d'une clientèle ayant des difficultés cognitives. « C'est beaucoup de lecture . . . est-ce que le client peut le faire? Parce qu'il est tellement fatigué... ».

Le format souhaité pour le guide à produire a été précisé par les experts. Ceux-ci considèrent que le guide devrait être « simple, court et imagé ». Les informations choisies doivent être concrètes, concises et vulgarisées. Pour permettre une utilisation plus efficace et individualisée du guide, l'un des participants précise que « tout peut être dans le guide, sous forme de sections » que l'ergothérapeute choisit, en fonction des besoins de son client. Les participants ont également mentionné le fait qu'il serait intéressant que le guide soit présenté autrement que sous la forme « papier ». « Il serait intéressant que le contenu soit accessible par Internet », mais qu'il soit possible d'avoir accès à une version imprimée, pour les clients qui ne sont pas habiles en informatique. L'idée de mettre le document en ligne est que cela « offre la possibilité de mettre à jour » et que celui-ci devient accessible à un plus grand nombre d'intervenants. Les cliniciens ont également apporté l'idée que des capsules vidéo éducatives seraient une bonne façon de transmettre l'information, car « quand on voit, on retient mieux ».

5.4. Document d'informations produit

Les suggestions émises lors du groupe de discussion focalisée, combinées aux résultats de la recension des écrits (voir section 2.4.), ont été considérées pour la création d'une version préliminaire du guide pour soutenir les ergothérapeutes dans l'éducation des familles et des clients ayant des difficultés cognitives et retournant à domicile après un AVC. Les données probantes touchant l'éducation de la clientèle ayant subi un AVC (Eames et coll., 2010), ainsi que la communication efficace d'évidences scientifiques auprès des clients et leurs familles (Tickle-Degnen, 2014) ont aussi été consultées en vue de créer ce guide. Conformément aux

suggestions des cliniciens, il a été décidé que le document soit diffusé en version électronique sur une page web via l'Université du Québec à Trois-Rivières (adresse URL à préciser), mais qu'une version imprimable soit aussi disponible. La diffusion du document via d'autres sites web reconnus sur la réadaptation après un AVC sera aussi explorée.

La version préliminaire du guide est présentée à l'annexe I. Le guide comprend d'abord un court sommaire des difficultés cognitives fréquemment rencontrées à la suite d'un AVC, illustrées par des exemples de répercussions fonctionnelles observables dans le quotidien (voir la section 1 de l'annexe I). Des capsules d'information plus élaborées portant sur l'apraxie et l'héminégligence sont incluses dans une autre section puisque ces domaines ont été priorisés par les cliniciens (voir la section 2 de l'annexe I). Tel que suggéré par les cliniciens interrogés, le guide présente aussi de courts exemples sous la forme « problèmes concrets de la vie quotidienne - solutions possibles à adopter » en y intégrant des stratégies d'intervention pertinentes à utiliser par les proches aidants (ou par la personne elle-même) (voir les sections 3 et 4 de l'annexe I). Il est souhaité que des images et de courtes capsules vidéo éducatives soient éventuellement intégrées dans ces sections. Ensuite, en lien avec les états psychologique et physiologique, une courte section a été consacrée au rappel des principes de conservation d'énergie pour diminuer l'impact de la fatigue sur le fonctionnement cognitif (voir la section 5 de l'annexe I). Également, une section présente les ressources d'aide psychologique et les ressources de soutien pertinentes pour les personnes ayant des difficultés cognitives à la suite d'un AVC et leurs proches vivant dans la région de Lanaudière (voir la section 6 de l'annexe I). Finalement, une section est consacrée au journal de bord suggéré par les cliniciens pour favoriser le partage d'informations et de solutions entre les clients, leur famille et les professionnels de la santé dans le continuum de soins après l'AVC (voir la section 7 de l'annexe I). Les clients, ainsi que les membres de leur famille peuvent y inscrire les différents trucs ou les stratégies utilisés pour pallier aux difficultés cognitives dans leur quotidien. Également, dans le journal, ils pourront documenter les différentes problématiques fonctionnelles vécues dans leur quotidien, ce qui aidera l'ergothérapeute à analyser la situation et à trouver des solutions avec le reste de l'équipe interdisciplinaire au besoin.

La version préliminaire du guide a ensuite été révisée par un clinicien travaillant auprès d'une clientèle ayant subi un AVC. À la suite de sa révision, certains changements mineurs ont été apportés (par exemple, modifications mineures dans la formulation de certaines phrases) pour améliorer la clarté et l'applicabilité des informations présentées.

6. DISCUSSION

Ce projet a permis de documenter les besoins perçus par les ergothérapeutes en termes d'informations et de ressources pour appuyer leur pratique clinique auprès d'une clientèle présentant des difficultés cognitives et retournant à domicile à la suite d'un AVC. Les résultats issus de la consultation des ergothérapeutes et de la recension des écrits ont mené à la création d'une version préliminaire d'un guide pour faciliter l'éducation de cette clientèle et de leur famille, pouvant aussi permettre éventuellement de faciliter la collaboration et la communication avec les intervenants du continuum de soins.

6.1. Importance de l'éducation de la famille

Les experts interrogés étaient unanimes pour dire que le public cible du document d'informations devrait être la personne qui a subi l'AVC, de même que sa famille. Les raisons évoquées pour justifier un tel choix sont, entre autre, le fait que les familles jouent un grand rôle de soutien auprès des clients, tel que corroboré par l'étude de De Souza (2013). Également, les cliniciens ont rapporté rencontrer beaucoup de cas d'épuisement dans les familles, en raison parfois d'incompréhension des déficits cognitifs ou du manque de jugement manifesté par les survivants d'AVC qui fait en sorte que les membres de la famille s'inquiètent de les laisser seuls. Cela a d'ailleurs été rapporté dans une étude longitudinale menée par Anderson, Linto et Stewart-Wynne (1995), qui étudiait le fardeau des proches aidants suite à la survenue d'un AVC chez leur proche. La présence de déficits cognitifs ou de démence vasculaire chez les survivants d'AVC faisaient d'ailleurs partie des facteurs prédisposant à l'épuisement du proche aidant (Anderson, Linto et Stewart-Wynne, 1995). Ces faits justifient d'autant plus l'importance de s'intéresser aux familles en tant que public cible.

6.2. Considérer le contexte de pratique

Tel que suggéré par le modèle KTA (Graham et coll., 2006), il est important de bien cerner le « contexte local de pratique » pour être en mesure de créer un outil d'informations

répondant aux besoins de ses utilisateurs et pour assurer sa pérennité. Ainsi, le contexte de pratique des experts rencontrés nous renseigne sur l'importance de créer un document simple et rapide d'utilisation et qui s'intégrera facilement à la pratique même lorsque le temps d'intervention disponible avec le client est plus limité. Également, les commentaires des participants en regard de l'organisation des soins de santé sont cohérents avec les conclusions émises dans le rapport de REPAR (2013) sur l'organisation du continuum de soins pour la clientèle ayant subi un AVC. En effet, les cliniciens relatent des vides de services à différents niveaux, notamment en soins aigus et au soutien à domicile, chez cette clientèle. Cela soutient donc la création d'un guide d'informations pour le client et sa famille.

6.3. Enseignement

Les cliniciens interrogés ont mentionné l'importance d'outiller les familles et les clients pour favoriser un retour à domicile réussi. Cela est aussi cohérent avec les résultats de l'enquête quantitative menée par Kim et Moon (2007), suggérant que les familles et les proches aidants des personnes qui retournent à domicile voudraient avoir plus d'informations claires sur les problèmes de santé découlant de l'AVC. Les cliniciens interrogés pour la présente étude ont mis en lumière différents thèmes qui devraient être traités dans le guide d'informations, de manière à aider les clients et les familles à faire face aux conséquences possibles des difficultés cognitives dans leur quotidien. Ainsi, ils ont mentionné l'importance d'expliquer, dans un vocabulaire simple et concret, ce que sont l'apraxie et l'héminégligence, de même que de fournir des exemples d'activités à faire à domicile pour optimiser le fonctionnement dans ces domaines. Aussi, puisque l'impact des troubles cognitifs n'est parfois perceptible que lors du retour au domicile, une série d'exemples illustrant des problèmes typiques du quotidien associés à différentes difficultés cognitives ont été fournis. Conformément aux suggestions des experts, des solutions concrètes pour faire face à ces problèmes sont aussi proposées. À ce propos, l'enquête menée par Hinojosa et Rittman (2007) auprès de 120 proches aidants a aussi révélé que les familles éprouvaient des besoins quant à la gestion des changements fonctionnels auxquels leur proche fait face. Finalement, selon les experts rencontrés, il serait utile de fournir une liste de ressources psychosociales pertinentes pour soutenir le client, de même que sa famille dans cette étape difficile qu'est le retour à

domicile. D'ailleurs, l'étude de Kim et Moon (2007) corrobore ce besoin, puisque les familles interrogées ont mentionné qu'elles auraient aimé avoir plus de soutien émotionnel à l'étape du retour à domicile de la personne qui a subi un AVC. Également, l'enquête menée par Hinojosa et Rittman (2007) a soulevé le fait que les familles trouvent difficile la gestion de la labilité émotionnelle de leur proche, ce qui justifie encore une fois l'ajout de cette section sur les ressources de soutien dans le guide d'informations.

6.4. Communication dans le continuum de soins

Certains participants ont noté des lacunes dans la communication entre les intervenants du continuum de soins. Cela fait en sorte de nuire à l'efficacité des interventions, car ce qui a été mis en pratique par les anciens intervenants est perdu en cours de route. Ce constat est d'ailleurs corroboré par les données issues du rapport sur le continuum de soins pour les personnes qui subissent un AVC émis par REPAR (2013). En effet, les cliniciens interrogés lors de l'élaboration de ce rapport ont rapporté que lorsque le client progresse dans le continuum de soins, la transmission des dossiers est difficile, si bien que la « prise en charge [est] plus fragmentée et limit[e] l'actualisation de pratiques collaboratives » entre les différents intervenants du continuum. Ainsi, la continuité des soins est perçue comme étant déficitaire (REPAR, 2013). Cela est d'ailleurs corroboré par l'étude d'Eames et ses collaborateurs (2010) qui s'intéressait aux barrières pour accéder à l'information, du point de vue des clients et de leur famille. Certains participants de cette étude ont mentionné que le fait que la continuité des services soit déficitaire nuisait à l'accès à l'information.

Ainsi, pour atténuer cette problématique, les participants ont soulevé l'idée d'utiliser un aide externe de type journal de bord pour faciliter la communication entre le client, la famille et les différents intervenants. Ce journal de bord servirait entre autres à documenter, par le client et/ou sa famille, les problèmes fonctionnels rencontrés, de même que les diverses stratégies employées pour y remédier au cours de toutes les étapes de la réadaptation. Cet outil constituerait un bon moyen de stimuler l'*empowerment* du client, ainsi qu'une méthode de communication efficace entre les différents intervenants du continuum de soins. Grâce au

journal, les ergothérapeutes pourraient aussi assurer une meilleure continuité des stratégies enseignées auprès du client et de la famille afin de favoriser le transfert des acquis d'un milieu à l'autre.

6.5. Format souhaité

Le format du guide d'informations suggéré par les participants faisait l'unanimité : langage simple, information présentée de manière courte et concise, appuyée par des images. Les suggestions des répondants sont très semblables aux points importants ressortis de l'étude d'Eames et ses collaborateurs (2010). En effet, les clients et les familles interrogées dans cette étude ont exprimé le besoin d'avoir un document écrit qui rappellerait les informations transmises verbalement par les intervenants rencontrés au cours du continuum de soins, ce qui ajoute de la pertinence à la présente recherche. Également, ils ont insisté sur la nécessité d'utiliser un langage simple et dépourvu de jargon scientifique, ce qui correspond aussi aux conseils donnés par les participants de la présente étude. Dans l'étude d'Eames et ses collaborateurs (2010), les proches aidants ont aussi rapporté n'avoir que très peu de temps pour se renseigner par rapport à la condition de leur proche, ce qui rappelle la nécessité de fournir de l'information claire et concise.

Dans leur ouvrage, Law et MacDermid (2013) se sont également penchés sur les façons efficaces pour communiquer des évidences scientifiques à un public cible de patients. Pour ces auteurs, si le message est incompréhensible pour le public concerné, il ne sera pas écouté, et encore moins traduit en actions. Les recommandations issues de cet ouvrage sont cohérentes avec les suggestions émises par les ergothérapeutes qui ont participé à la collecte de données. Les auteurs mentionnent que les professionnels de la santé devraient toujours transmettre de l'information à leur client de manière orale et écrite. Le format du document écrit doit être convivial et écrit dans un langage simple. À cet effet, les auteurs précisent qu'un langage simple signifie un langage dépourvu de termes techniques, comprenant une syntaxe simple et des mots courts. L'ajout d'images ou de vidéos est une stratégie judicieuse pour bonifier les explications (Law et MacDermid, 2013). Également, selon Wilson (2003), le

niveau d'écriture dans du matériel éducatif ne devrait pas dépasser la complexité de l'écriture de la cinquième année, même pour les personnes qui ont un plus haut niveau d'éducation. Cela implique donc des mots et des phrases plus courts.

6.6. Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites. D'abord, le temps alloué dans le calendrier académique pour la réalisation de ce projet d'intégration a permis le développement d'une version préliminaire d'un guide d'informations, dont le contenu et l'applicabilité dans le milieu clinique devront toutefois être validés rigoureusement afin de compléter son développement. Une fois les contenus validés, il sera possible de procéder aux étapes ultérieures du transfert des connaissances, tel que mentionné dans la section 3.4 sur le cadre conceptuel.

Ensuite, bien que la méthode utilisée pour mener ce projet ait été rigoureuse, les résultats ne sont pas nécessairement généralisables à l'ensemble des cliniciens qui oeuvrent auprès de la clientèle présentant des difficultés cognitives après un AVC. En effet, considérant le petit échantillon de participants et la tenue d'un seul groupe de discussion, il est possible que certains besoins et ressources pertinentes pour les cliniciens n'aient pas été énoncés. Il est toutefois pertinent de mentionner que les cliniciens qui ont participé à l'étude couvrent, de par leurs fonctions professionnelles, une grande partie du continuum de soins (c'est-à-dire soins aigus, CR et maintien à domicile), ce qui a sans doute contribué à accroître la diversité des points de vue et des recommandations. Également, puisque les participants œuvraient tous dans la région de Lanaudière, il est possible que le contexte de pratique de ces derniers diffère par rapport à d'autres milieux.

Finalement, les participants ont mentionné que le public cible du document à produire serait le client lui-même, de même que sa famille. Or, dans une recherche future, il serait important de consulter des personnes ayant subi un AVC, ainsi que leurs proches afin de recueillir leurs perceptions de leurs besoins d'informations sur le sujet. Il serait aussi pertinent de pré-tester le guide d'informations auprès de ces utilisateurs potentiels afin de confirmer la pertinence du contenu et l'utilité des outils proposés.

6.8. Implications pour la pratique et perspective pour les recherches futures

Ce projet rappelle l'importance pour l'ergothérapeute d'épauler son client lors de son retour à domicile, puisque c'est à la maison que commencent souvent les réels défis. Il s'intéresse à une question très pertinente, surtout dans le contexte du système de santé dans lequel les ergothérapeutes pratiquent. Ainsi, à l'issue de ce projet de recherche, une version préliminaire d'un guide d'informations supportant les ergothérapeutes dans leur pratique a été produite. Ce guide servira de complément à l'enseignement offert par les ergothérapeutes à leurs clients et aux familles, dans un contexte de retour à domicile lorsque la personne présente des difficultés cognitives. Également, il pourra faciliter la communication entre les intervenants de chaque niveau du continuum de soins. Ce guide se veut axé sur le champ de compétence de l'ergothérapeute, soit l'occupation et le fonctionnement dans le quotidien.

L'élaboration du guide pour supporter la pratique des ergothérapeutes auprès de la clientèle AVC qui présente des déficits cognitifs n'est qu'un petit pas pour faciliter le retour à domicile des clients, mais ouvre les portes sur de nombreuses recherches. En effet, d'abord, seule la première partie du processus de transfert de connaissances du modèle KTA (allant de l'étape où l'on cerne le problème jusqu'à l'étape où l'on sélectionne, adapte et met en place des interventions) a été amorcée dans ce travail. Ainsi, il serait important, pour assurer la pérennité du document produit, d'en valider le contenu afin de compléter son développement et sa mise en place. Il sera ensuite possible d'exécuter les étapes suivantes du processus de transfert des connaissances, soient: surveiller l'utilisation du guide, évaluer les résultats et procéder à des améliorations continues, au besoin, afin de maintenir son utilisation (Graham et

al., 2006). Tel que mentionné précédemment, la consultation des clients et de leur famille pourrait également être le sujet d'un autre projet de recherche, de manière à enrichir le document déjà produit. Finalement, puisque le document s'inspire des besoins des cliniciens de Lanaudière, il serait intéressant de consulter des ergothérapeutes d'autres régions administratives du Québec pour vérifier si les besoins sont semblables, dans le but d'étendre son utilisation.

7. CONCLUSION

En conclusion, ce projet a permis de documenter les besoins perçus par les ergothérapeutes pour mieux accompagner leurs clients présentant des difficultés cognitives et retournant à domicile à la suite d'un AVC. Les suggestions et recommandations des ergothérapeutes ont conduit à l'élaboration d'une version préliminaire d'un guide servant à faciliter l'éducation de cette clientèle et de leur famille. L'élaboration de ce document s'avère d'autant plus pertinente que les thérapeutes manquent souvent de temps et de ressources pour épauler leurs clients dans l'étape importante du retour à domicile, qui est souvent parsemée de défis tant pour le client lui-même que pour les membres de sa famille. Puisque les cliniciens ont relevé l'important besoin d'éducation aux survivants de l'AVC et à leurs proches en regard de la cognition, le guide sera un bon outil pour compléter les interventions actuelles des ergothérapeutes. Il servira également d'outil de communication entre les intervenants du continuum de services, de même que de journal de bord pour le survivant et sa famille. Ultimement, l'objectif visé serait d'assurer le partage d'informations et de stratégies efficaces pour diminuer l'impact des difficultés cognitives dans le quotidien des personnes touchées, en assurant autant que possible le transfert des apprentissages à travers le continuum de soins.

Il est certain qu'il reste beaucoup à faire pour que tous les survivants d'AVC reçoivent le support optimal lors de la réintégration de leur domicile, notamment en termes de réadaptation cognitive. Compte tenu que la reprise du fonctionnement optimal dans la vie de tous les jours est l'objectif de la plupart des interventions ergothérapeutiques, les ergothérapeutes ont un rôle actif à jouer dans l'élaboration de ressources qui répondront aux besoins et aux défis vécus par les clients et leur famille. Il faut donc faire en sorte de s'intéresser aux problématiques importantes de notre pratique clinique pour faire évoluer les connaissances et améliorer l'apport que nous pouvons offrir dans la vie de nos clients.

RÉFÉRENCES

- Akbari, S., Lyden, P. D., Kamali, M., et Fahimi, M. A. (2013). Correlations among impairment, daily activities and thinking operations after stroke. *NeuroRehabilitation*, 33(1), 153-160. doi: 10.3233/nre-130940
- Allen, M.-F. et al. (2008). *Programme pour la clientèle ayant subi un accident vasculaire cérébral : Services offerts au Programme des encéphalopathies*. Éd.: L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- Anderson, C.S., Linto, J., et Stewart-Wynne, E.G. (1995). A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*, 26(5), 843-849.
- Boman, I., Lindstedt, M., Hemmingsson, H., et Bartfai, A. (2004). Cognitive training in home environment. *Brain Injury*, 18(10), 985-995.
- Bowen, A., et Lincoln, N.B. (2007). Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2). CD003486. doi : 10.1002/14651858.CD003586.pub2
- Centre hospitalier universitaire de Québec (2007). Recherche et analyse documentaires visant la réalisation d'un rapport d'évaluation et d'un avis préliminaire. Guide méthodologique. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Direction de l'évaluation, de la qualité, de l'ingénierie et de la performance. Repéré à : http://www.chuq.qc.ca/NR/rdonlyres/C375B102-CD51-4D11-B4B8-54D18DA1FE2E/0/document_methodologie_recherche_documentaire_rapport_eva.pdf
- Cha, Y. J., et Kim, H. (2013). Effect of computer-based cognitive rehabilitation (CBCR) for people with stroke: a systematic review and meta-analysis. *NeuroRehabilitation*, 32(2), 359.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., et Bergquist, T. F. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(12).
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, . . . Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(4), 519-530
- Cumming, T. B., Marshall, R. S., et Lazar, R. M. (2013). Stroke, cognitive deficits, and rehabilitation: still an incomplete picture. *International Journal of Stroke*, 8(1), 38-45. doi: 10.1111/j.1747-4949.2012.00972.x

- Nair, R.D., et Lincoln, N. (2007). Cognitive rehabilitation for memory deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD002293. doi : 10.1002/14651858.CD002293.pub2
- De Souza Oliveira, A. R., Cordeiro Rodrigues, R., Carvalho De Sousa, V. E., De Sousa Costa, A. G., De Oliveira Lopes, M. V., et De Araujo, T. L. (2013). Clinical indicators of 'caregiver role strain' in caregivers of stroke patients. *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, 44(2), 215-224. doi: 10.5172/conu.2013.44.2.215
- Duchek, J. (1991). Cognitive Dimensions of Performance. Dans: Christiansen, C. & Baum, C. (Eds.), *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits* (pp. 285–304). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Dumont, C. (2013) *Notes de cours* dans le cadre du cours ERG-6002 : Faits scientifiques et données probantes. Université du Québec à Trois-Rivières. Québec.
- Eames, S., Hoffmann, T., Worrall, L., et Read, S. (2010). Stroke patients' and carers' perception of barriers to accessing stroke information. *Top Stroke Rehabil*, 17(2), 69-78. doi: 10.1310/tsr1702-69
- Eskes G, Salter K, on behalf of the Mood and Cognition in Stroke Writing Group and the Evidence-Based Review in Stroke Rehabilitation Team. (2013). *Chapitre 7: Mood and Cognition in Stroke*. Dans Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, and Phillips S (Editors) on behalf of the Canadian Stroke Best Practices and Standards Advisory Committee. *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care: 2013*; Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network.
- Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. (2014). Recommandations sur les pratiques optimales de l'AVC au Canada. récupéré de <http://www.strokebestpractices.ca/index.php/stroke-rehabilitation/?lang=fr>
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière
- Galski, T., Bruno, R.L., Zorowitz, R. et Walker, J. (1993). Predicting length of stay, functional outcome, and aftercare in the rehabilitation of stroke patients. The dominant role of higher-order cognition. *Stroke*, 24.
- Geusgens, C. A., van Heugten, C. M., Cooijmans, J. P., Jolles, J., et van den Heuvel, W. J. (2007). Transfer effects of a cognitive strategy training for stroke patients with apraxia. *J Clin Exp Neuropsychol*, 29(8), 831-841. doi: 10.1080/13803390601125971
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation : Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47

- Hoffmann, T., Bennett, S., Koh, C. L., et McKenna, K. T. (2010). Occupational therapy for cognitive impairment in stroke patients. *Cochrane Database Syst Rev*(9), CD006430. doi: 10.1002/14651858.CD006430.pub2
- Koh, C., Hoffmann, T., Bennett, S., et McKenna, K. (2009). Management of patients with cognitive impairment after stroke: a survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56(5), 324-331. doi: 10.1111/j.1440-1630.2008.00764.x
- Kim, J. W., et Moon, S. S. (2007). Needs of family caregivers caring for stroke patients: based on the rehabilitation treatment phase and the treatment setting. *Social Work in Health Care*, 45(1), 81-97.
- Korner-Bitensky, N., Barrett-Bernstein, S., Bibas, G., et Poulin, V. (2011). National survey of Canadian occupational therapists' assessment and treatment of cognitive impairment post-stroke. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58(4), 241-250. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00943.x
- Law, M. et MacDermid, J. (Eds). (2013) (Third edition). *Evidence-based rehabilitation. A guide to practice*. Slack Incorporated, Thorofare, NJ, 434 p.
- L. Reed, K. (2014). Cognitive dysfunction - stroke *Quick Reference to Occupational Therapy* (3rd éd., pp. 801-807). Texas, USA: Pro-Ed.
- Leśniak, M., Bak, T., Czepiel, W., Seniów, J., et Czlonkowska, A. (2008). Frequency and Prognostic Value of Cognitive Disorders in Stroke Patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 26, 356-363. doi: 10.1159/000162262
- Loetscher, T., et Lincoln, N.B. (2013). Cognitive rehabilitation for attention deficits following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Luauté, J., Halligan, P., Rode, G., Rossetti, Y., et Boisson, D. (2006). Visuo-spatial neglect: A systematic review of current interventions and their effectiveness. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(7), 961-982. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.03.001>
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., Côté, R., Durcan, L., et Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives Of Physical Medicine And Rehabilitation*, 83(8), 1035-1042. doi: 10.1053/apmr.2002.33984
- Parenté, R. et Herrmann, D. (2003). *Retraining cognition : Techniques and applications*. 3rd edition. Texas, USA: Pro-ed Éditions.
- Ponsford, J. (2008). Rehabilitation of attention following traumatic brain injury. Dans Stuss, D.T., Winocur, G. et Robertson, I.H. (Eds.), *Cognitive Neurorehabilitation: Evidence and Application* (2nd ed., pp. 507-521). United Kingdom: Cambridge University Press.

- Poulin, V., Korner-Bitensky, N., Dawson, D.R. et Bherer, L. (2012). Efficiency of Executive Function Interventions After Stroke: A Systematic Review. *Top Stroke Rehabil*, 19(2), 158-171.
- Poulin, V. (2013). *Executive function assessment and intervention post-stroke: building and translating the evidence into practice*. Manuscript en attente de publication.
- Prokopenko, S. V., Mozheyko, E.Y., Petrova, M.M., Koryagina, T.D., Kaskaeva, D.S., Chernykh, T.V., Shvetzova, I.N. and Bezdenezhniy, A.F. (2013). Correction of post-stroke cognitive impairments using computer programs. *Journal of the Neurological Sciences*, 325(1-2).
- Pyun, S., Yang, H., Lee, S., Yook, J., Kwon, J., et Byun, E. (2009). A home programme for patients with cognitive dysfunction: a pilot study. *Brain Injury*, 23(7-8), 686-692. doi: 10.1080/02699050902997862
- REPAR. (2013). *Trajectoires de services de réadaptation post-AVC : Un continuum centré sur la personne*.
- Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires; Fondations des maladies du cœur du Canada, 2013. *Recommandations canadiennes pour les pratiques optimales des soins de l'AVC*. Ottawa (ON). Canadian Stroke Strategies. Disponible sur : http://www.strokebestpractices.ca/wp-content/uploads/2010/10/Ch5_SBP2013_Stroke_Rehabilitation_July2013_FINAL2-FR.pdf
- Salter, K. M., Teasell, R., Bitensky, J., Foley, N., Bhogal, S.K., Mahon, H. et McClure, J.A. (2008). Cognitive Disorders and Apraxia. *The Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation*.
- Tatemichi, T. K., Desmond, D.W., Stern, Y., Paik, M., Sano, M., et Bagiella, E. (1994). Cognitive impairment after stroke : frequency, patterns, and relationship to functional abilities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 57(2), 202-207.
- Tellier, M., et Rochette, A. (2009). Falling Through the Cracks: A Literature Review to Understand the Reality of Mild Stroke Survivors. *Top Stroke Rehabil*, 16(6), 454-462.
- Tooth, L., et Hoffmann, T. (2004). Patient Perceptions of the Quality of Information Provided in a Hospital Stroke Rehabilitation Unit. *The British Journal of Occupational Therapy*, 67(3), 111-117.
- Townsend, E. A., et Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (N. Cantin, Trad. 2e éd.). Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J., et Craik, J. (2013). Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels. Dans *Habiliter à l'occupation – Faire avancer la*

perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation.
Ottawa, ON: CAOT Publication ACE

- Walker, M. F., Sunderland, A., Fletcher-Smith, J., Drummond, A. Logan, P., Edmans, J.A., . . . Taylor, J. (2012). The DRESS trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clinical Rehabilitation*, 26(8), 675-685. doi: 10.1177/0269215511431089
- West, C., Bowen, A., Hesketh, A. et Vail, A. (2008). Interventions for motor apraxia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Wilson, J. F. (2003). The crucial link between literacy and health. *Annals of Internal Medicine*, 139(10), 875-878.
- Wolf, T., Barbee, A., et White, D. (2010). Executive dysfunction immediately after mild stroke. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(Suppl 1), S23-S29. doi: 10.3928/15394492-20101108-05

ANNEXE A **LISTE DES MOTS-CLÉS**

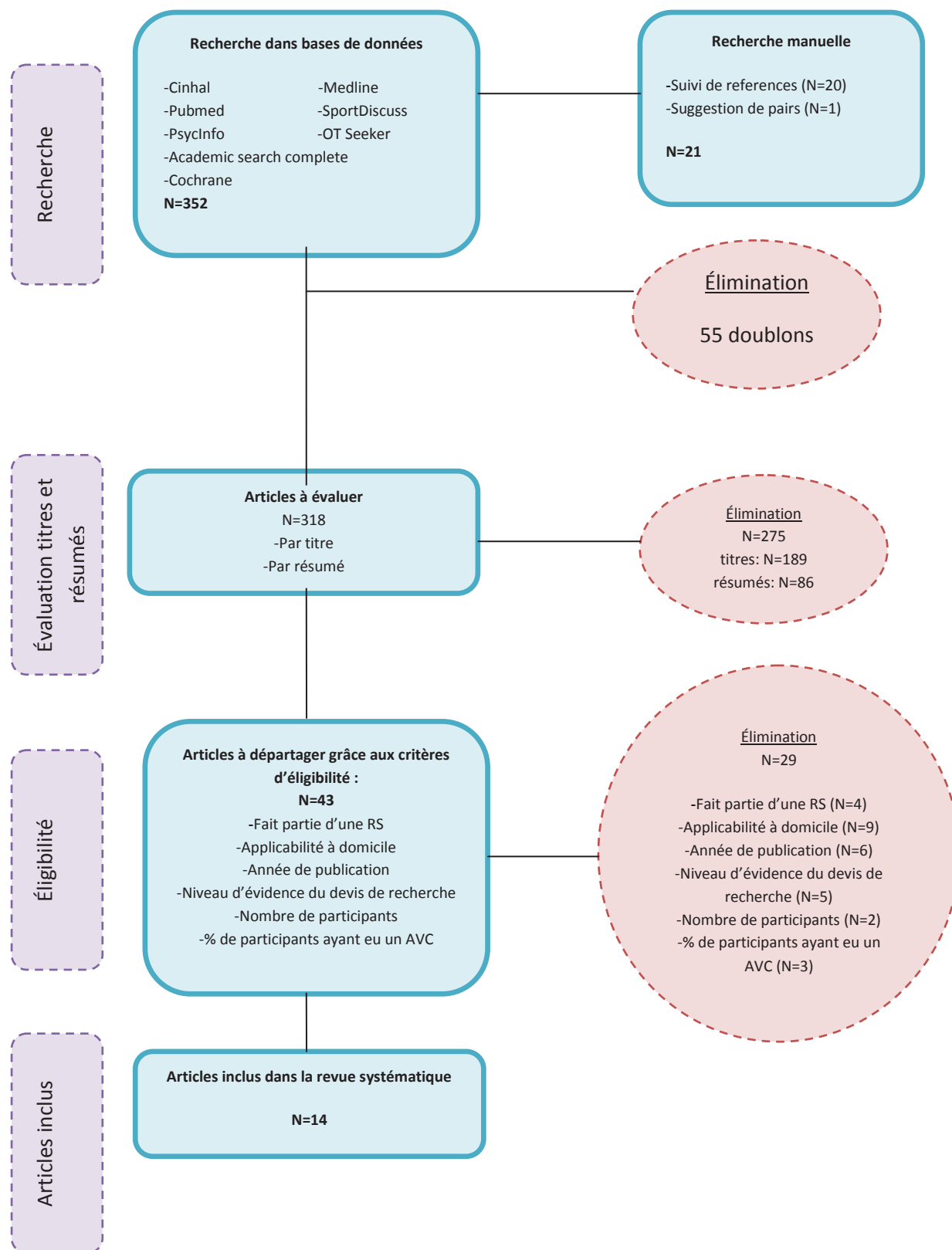
Noms des bases de données consultées	Date de la recherche	Opération demandée	Termes validés dans le thésaurus	Critères	Nombre de résultats générés
CIHNAL	2013-10-30	(stroke OR ‘cerebrovascular accident’ OR cva OR ‘brain injuries’ NOT ‘traumatic brain injur*’) AND (‘rehabilitation, cognitive’ OR ‘cognitive disorders’ OR ‘cognitive rehabilitation’ OR cognit* OR "Cognitive impairment" OR ‘cognitive remediation’ OR memory OR attention OR ‘executive function’ OR ‘problem solving’ OR reasoning OR ‘cognitive training’ OR perception OR ‘spatial neglect’ OR ‘spatial abilities’ OR apraxia) AND ("Home based rehabilitation" OR "Home based program" OR "Home program" OR ‘Home rehabilitation’ OR ‘Home occupational therapy’)	MM ‘Stroke’ MM ‘Rehabilitation, cognitive’ MH ‘Cognitive Disorders’	Aucun critère de recherche spécifié	56
Medline	2013-10-30	(stroke OR ‘cerebrovascular accident’ OR cva OR ‘brain injuries’ NOT ‘traumatic brain injur*’) AND (‘cognitive therapy’ OR ‘cognition disorders’ OR ‘rehabilitation’ OR ‘cognitive rehabilitation’ OR cognit* OR "Cognitive impairment" OR ‘cognitive remediation’ OR memory OR attention OR ‘executive function’ OR ‘problem solving’ OR reasoning OR ‘cognitive training’ OR perception OR ‘spatial neglect’ OR ‘spatial abilities’ OR apraxia) AND ("Home based rehabilitation" OR "Home based program" OR "Home program" OR ‘Home rehabilitation’ OR ‘Home occupational therapy’ OR ‘Home Care Services, Hospital-Based’ OR ‘Occupational Health Services’) AND (‘occupational therapy’ OR ‘occupational therap*’)	MH ‘Stroke’ MH "Cognitive Therapy" MH "Cognition Disorders" MH "Rehabilitation" MH ‘Home Care Services, Hospital-Based’ MH ‘Occupational Health Services’ MH ‘Occupational therapy’	Aucun critère de recherche spécifié	57
PsycInfo	2013-11-03	(stroke OR ‘cerebrovascular accidents’ OR cva OR ‘brain injuries’ OR ‘acquired brain injur*’ NOT ‘traumatic brain injur*’) AND (‘cognitive therapy’ OR ‘cognition	DE "Cognitive Rehabilitation" DE "Cerebrovascular	Aucun critère de recherche spécifié	34

		disorders'' OR rehabilitation OR ''cognitive rehabilitation'' OR cognit* OR "Cognitive impairment" OR ''cognitive remediation'' OR memory OR attention OR ''executive function'' OR ''problem solving'' OR reasoning OR ''cognitive training'' OR perception OR ''spatial neglect'' OR ''spatial abilities'' OR apraxia) AND ("Home based rehabilitation" OR "Home based program" OR "Home program" OR ''Home rehabilitation'' OR ''Home occupational therapy'')	Accidents" DE "Occupational Therapy"		
SportDiscuss	2013-10-30	(stroke OR ''cerebrovascular accidents'' OR cva OR ''brain injuries'' NOT (''traumatic brain injur*'') AND (''cognitive therapy'' OR ''cognition disorders'' OR ''rehabilitation'' OR ''cognitive rehabilitation'' OR cognit* OR "Cognitive impairment" OR ''cognitive remediation'' OR memory OR attention OR ''executive function'' OR ''problem solving'' OR reasoning OR ''cognitive training'' OR perception OR ''spatial neglect'' OR ''spatial abilities'' OR apraxia OR cognition) AND ("Home based rehabilitation" OR "Home based program" OR "Home program" OR ''Home rehabilitation'' OR ''Home occupational therapy'') AND (''occupational therapy'' OR ''occupational therap*''))	DE "OCCUPATIONAL therapy" DE "COGNITION" DE "COGNITION disorders" DE "COGNITIVE therapy" DE "COGNITIVE training" DE "STROKE"	Aucun critère de recherche spécifié	21
Pubmed	2013-11-03	(((((stroke OR cerebrovascular accident OR cva OR brain injuries OR acquired brain injury))) AND ((cognitive therapy OR cognition disorders OR cognitive rehabilitation OR cognit* OR cognitive impairment OR cognitive remediation OR memory OR attention OR executive function OR problem solving OR cognitive training OR perception OR spatial neglect OR spatial abilities OR apraxia))) AND ((home based rehabilitation OR home based program OR home program OR home rehabilitation OR home occupational therapy OR home care services, hospital based OR occupational health services))) AND (occupational therapy)) NOT traumatic brain injury	MH ''Stroke'' MH "Cognitive Therapy" MH "Cognition Disorders" MH "Rehabilitation" MH ''Home Care Services, Hospital-Based'' MH ''Occupational Health Services'' MH ''Occupational therapy''	All fields	42
Cochrane	2013-11-04	"stroke" AND ''cognitive rehabilitation'' AND ''occupational therapy''	---	Titles, abstracts, key words	53

Academic Search Complete	2013-10-30	(stroke OR "cerebrovascular accident" OR cva OR "brain injuries" NOT "traumatic brain injur*") AND ("cognitive therapy" OR "cognition disorders" OR rehabilitation OR "cognitive rehabilitation" OR cognit* OR "cognitive impairment" OR "cognitive remediation" OR memory OR attention OR "executive function" OR "problem solving" OR reasoning OR "cognitive training" OR perception OR "spatial neglect" OR "spatial abilities" OR apraxia) AND ("Home based rehabilitation" OR "Home based program" OR "Home program" OR "Home rehabilitation" OR "Home occupational therapy" OR "Home Care Services, Hospital-Based" OR "Occupational Health Services" AND "Hospitals – Home care programs" AND "medical care") AND ("occupational therapy" OR "occupational therap*")	DE Stroke DE "COGNITIVE therapy" DE "COGNITIVE training" (DE "OCCUPATIONAL therapy" DE "HOSPITALS -- Home care programs" DE "MEDICAL care"	Aucun critère de recherche spécifié	45
OT Seeker	2013-10-24	"cognitive rehabilitation" AND stroke	---	Aucun critère de recherche spécifié	44
Recherches manuelles		Bases de données : Australian Journal of OT (5), Cinhal (4), PsycInfo (1), Pubmed (2), AJOT (1), lecture d'article menant à un nouvel article (7), suggestion d'un pair (1)			21
Nombre d'articles trouvés (recherche bases de données + recherche manuelle)					373

ANNEXE B

SCHEMATISATION DE LA SÉLECTION DES ARTICLES



ANNEXE C

MODÈLE CANADIEN DU RENDEMENT ET DE L'ENGAGEMENT OCCUPATIONNELS

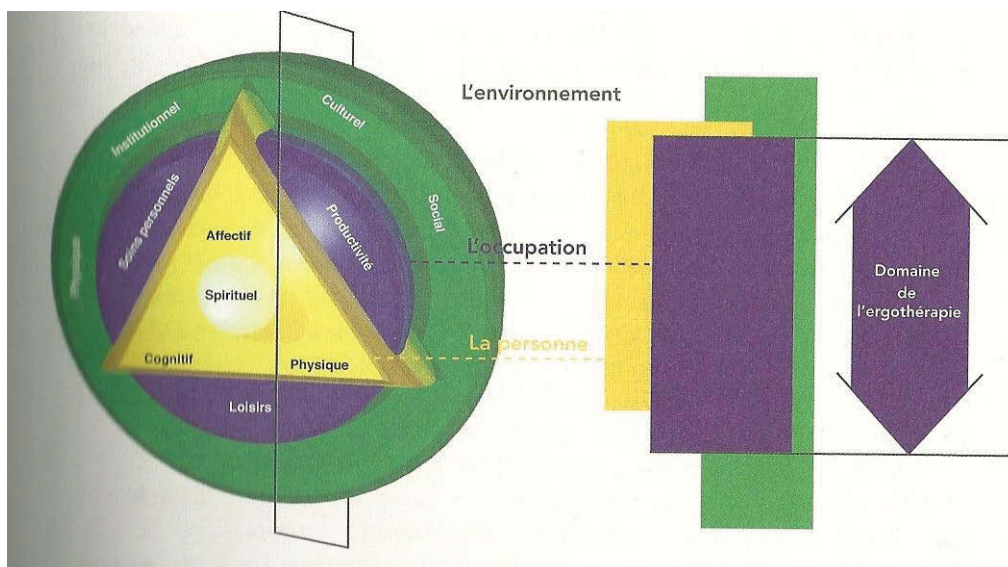


Figure 2. Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnels.

Le MCRO-E dans Townsend, E., Polatajko, H. et Craik, J. (2008). Faciliter l'occupation : l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, de bien-être et de justice à travers l'occupation. Ottawa, ON, CAOT Publications ACE. p. 27. Figure reproduite avec l'autorisation de CAOT Publications ACE.

ANNEXE D

MULTIMODAL MODEL FOR COGNITIVE REHABILITATION

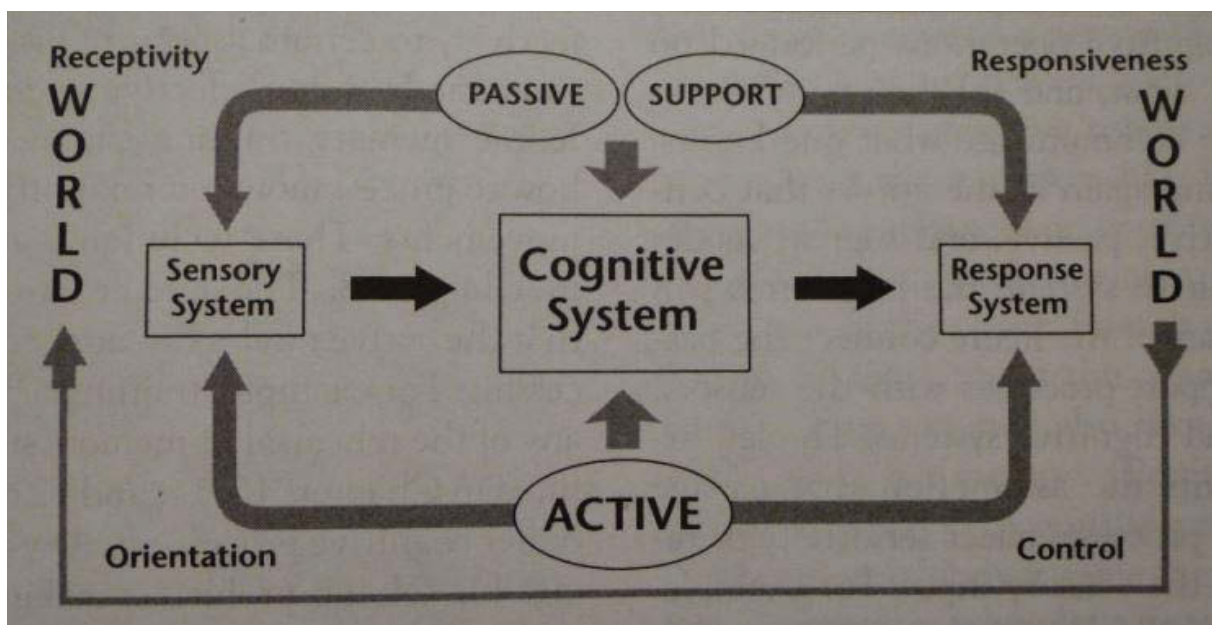


Figure 3. Multimodal model for cognitive rehabilitation

Figure 2.1. A multimodal model for cognitive rehabilitation dans Parenté, R. et Herrmann, D. (2003). *Retraining Cognition Techniques and Applications*, 3^e édition. Austin, TX: PRO-ED. Copyright 2003 par Pro-Ed, Inc. p.14. Figure reproduite avec permission de PRO-ED.

ANNEXE E

KNOWLEDGE TO ACTION PROCESS (KTA) MODEL

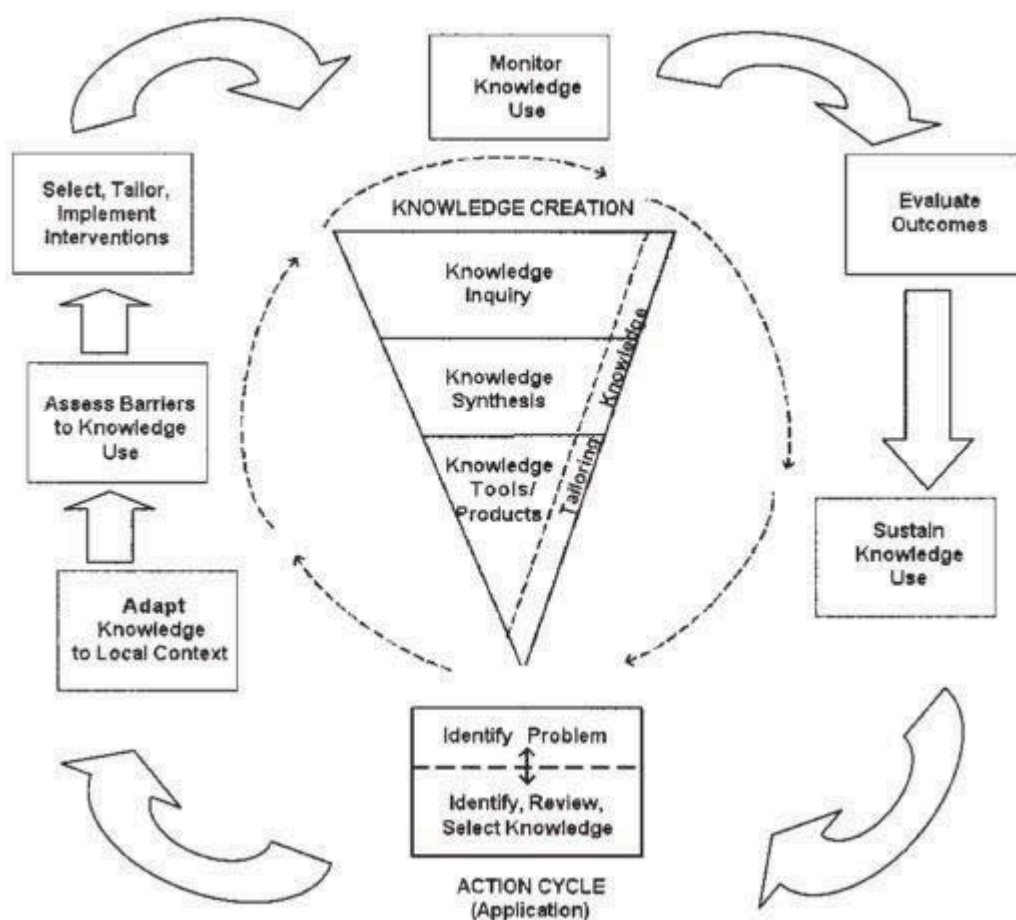


Figure 4. Knowledge to Action Process Model

Modèle Knowledge to Action Process dans Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., et Robinson, N. (2006). Lost in Knowledge Translation : Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. Wiley Publications. Copyright (c) 2006. doi: 10.1002/chp.47. Figure reproduite avec permission de Wiley Publications.

ANNEXE F

CANEVAS D'ENTREVUE

Agenda du *focus group*

1. Introduction

Accueil des participants

Agenda : 5h à 7h avec pause pour manger

Objectifs du focus group:

L'objectif général de cette recherche est de développer un guide d'information à l'intention des ergothérapeutes sur la réadaptation cognitive à domicile des patients qui ont subi un AVC.

Dans un premier temps, une recension structurée des écrits a été réalisée afin d'identifier les interventions existantes et potentiellement applicables à domicile pour améliorer les habiletés cognitives et/ou pour améliorer le fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne chez les personnes qui présentent des atteintes cognitives secondaires à un AVC

Aujourd'hui, nous souhaitons préciser :

- i. vos besoins en lien avec le retour à domicile de vos patients qui présentent des difficultés cognitives suite à un AVC. En effet, vous pouvez nous renseigner sur les sujets prioritaires en matière de réadaptation cognitive.
- ii. quels sujets méritent d'être traités selon vous
- iii. Sous quelle forme vous aimeriez que le guide soit présenté

Modalités de fonctionnement

- i. Confidentialité: Ce qui sera discuté dans le groupe restera dans le groupe. L'objectif n'est pas de comparer le fonctionnement dans les différents services. Lors de la rédaction de mon projet, votre nom ne sera pas divulgué et si je dois faire référence à un participant, ce sera à l'aide d'une lettre ou d'un nombre.
- ii. Égalité: L'opinion de chaque participant vaut autant que celle des autres. On s'attend à ce qu'il y ait des divergences d'opinion entre vous. Gardez en tête que l'objectif n'est pas nécessairement d'obtenir un consensus. Ce qui est important est le brainstorm que nous allons faire aujourd'hui. Dans un focus group, la richesse s'obtient en mettant les idées de chacun ensemble; c'est pourquoi votre contribution est aussi importante.

Les objectifs à long terme pour ce projet de recherche:

Nous avons les objectifs suivants:

- i. Potentiel de publication: Possibilité d'écrire un article scientifique. Votre contribution sera reconnue à titre de groupe et votre nom demeurera confidentiel;
- ii. Développement d'un guide d'information à l'usage des ergothérapeutes. Il est toutefois possible qu'on n'adressera pas toutes vos idées, faute de temps. Nous devons donc prioriser ensemble les sujets importants

2. Première moitié du groupe de discussion:

1. Nous allons d'abord faire un tour de table pour vous permettre de vous présenter et de décrire brièvement à quoi ressemble votre pratique quotidienne avec la clientèle ayant un AVC et ayant des problèmes cognitifs.

*Nous utiliserons une définition globale de la cognition qui est la capacité d'acquérir, de traiter et d'utiliser l'information. Les fonctions cognitives comprennent notamment l'orientation, l'attention, la mémoire, les praxies, les gnosies, la perception et les fonctions exécutives.

2. Selon votre expérience clinique, quelles sont les principales difficultés auxquelles vos clients avec des problèmes cognitifs sont susceptibles d'être confrontés lors du retour à domicile?

3. Je vais maintenant vous demander de penser à une situation typique où vous avez un patient qui retourne à domicile et pour lequel vous avez identifié des difficultés cognitives suite à un AVC :

3.1 Quels types de recommandations/d'interventions faites-vous habituellement en lien avec les difficultés cognitives (s'il y a lieu et si cela s'applique à votre situation)?

Des précisions pourront être fournies au besoin pour alimenter la discussion:

- Fournissez-vous des exercices pour entraîner les fonctions cognitives? Quels types d'exercices?
- Faites-vous de l'enseignement à la famille et à la personne qui a subi un AVC?
 - Quelles méthodes d'enseignement utilisez-vous? (ex. : dépliant, sites internet, informations verbales, référence à un autre intervenant, etc.)
 - Enseignez-vous des stratégies spécifiques (ex. : stratégies pour la résolution de problèmes, mémoire, attention, ...)
- Conseillez-vous des aides compensatoires? Dans quels cas?

3.2 Quelles sont les occupations les plus touchées par les difficultés cognitives?

3.3 Y a-t-il d'autres facteurs qui influencent la cognition sur lesquels vous intervenez (dimension affective → motivation, dépression, dimension physique → douleur)

4. Dans un monde idéal (où vous disposez des ressources, du temps et des outils nécessaires), qu'est-ce qui devrait être fait pour faciliter le retour à domicile et la participation dans la communauté d'une personne qui présente des difficultés cognitives?

Au besoin, on pourra questionner les participants sur les interventions touchant :

- Sécurité
- Fonctions cognitives
- Fonctionnement dans les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, loisirs et travail
- Enseignement/éducation à la famille et à la personne ayant un AVC

PAUSE SANTÉ

3. deuxième moitié du focus group

5. Que faites-vous habituellement pour vous informer sur les interventions probantes disponibles en lien avec la réadaptation cognitive après un AVC?

6. Tel que mentionné précédemment, l'objectif ultime de ce projet est de développer un document d'information destiné aux ergothérapeutes pour les appuyer dans leur pratique auprès des personnes ayant des difficultés cognitives après un AVC et qui retournent à domicile.

6.1 Qu'aimeriez-vous retrouver dans ce document (ex. : type d'informations, exemples d'exercices et de ressources pour les clients, interventions probantes, ...)?

6.1.1 Y a-t-il des sujets touchant de près ou de loin les fonctions cognitives qu'il serait prioritaire d'aborder? Si oui, lesquels?

Des exemples peuvent être fournis au besoin:

- Conduite automobile
- Fonctions exécutives
- AVD's (gestion du budget, préparation d'un repas, gestion de la RX)
- Sécurité à domicile
- Entraînement des fonctions cognitives

6.2 Sous quelle forme devrait être présenté le matériel/l'information? Des exemples de matériel déjà existant seront présentés en même temps aux participants :

- Guide de recommandations écrites avec tableaux-résumés
Cartes de poche résumant les données probantes
Sites internet
Dépliants d'information/éducation destinés aux clients et à leur famille
Guide d'aide à la décision avec des liens hypertextes
Vignettes cliniques

7. Dans votre contexte clinique, à quel point est-il réaliste pour vous de pouvoir consulter/utiliser un document d'informations tel que celui qui sera produit? Quels sont les éléments en place qui pourraient rendre cela plus facile versus plus difficile? (En d'autres mots, quels sont les facilitateurs et les obstacles)?

8. Quelles autres recommandations me donneriez-vous en vue du développement du guide d'information?

Quelles seraient les autres choses importantes à considérer? / Que devrais-je faire dans les prochaines étapes?

4. Conclusion

- Bref résumé → remettre certificats d'attestation, remboursements des frais de stationnement
- Remerciements / Guide final → décembre 2014

ANNEXE G

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le 31 janvier 2014

Madame Cindye Audet
Étudiante à la maîtrise
Département d'ergothérapie

Madame,

J'accuse réception des documents corrigés nécessaires à la réalisation de votre protocole de recherche intitulé **La réadaptation cognitive à domicile après un accident vasculaire cérébral : développement d'un guide d'information pour les ergothérapeutes** en date du 30 janvier 2014.

Une photocopie du certificat portant le numéro (CDERS-14-03-06.02) vous sera acheminée par l'entremise de votre directrice de recherche. Sa période de validité s'étend du 31 janvier 2014 au 31 janvier 2015.

Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je vous souhaite la meilleure des chances dans vos travaux et vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

MARIE-EVE ST-GERMAIN
Agente de recherche
Décanat de la recherche et de la création

MS/cd

p. j. Certificat d'éthique

c. c. Mme Valérie Poulin, professeure au Département d'ergothérapie

ANNEXE H OBTENTION DES DROITS D'AUTEUR



Canadian Association of Occupational Therapists
Association canadienne des ergothérapeutes

CAOT Publications ACE Copyright Request

Le 12 Août 2014

Cindy Audet
Université du Québec à Trois-Rivières

Madame,

Selon votre requête, vous souhaitez obtenir l'autorisation d'utiliser la figure suivante dans votre projet de maîtrise, intitulé : La réadaptation cognitive à domicile après un accident cérébral : développement d'un guide pour appuyer la pratique des ergothérapeutes.

Figure 1.3 MCRO-E dans Townsend, E., Polatajko, H., et Craik, J. (2008). *Faciliter l'occupation: l'avancement d'une vision de l'ergothérapie en matière de santé, de bien-être et de justice à travers l'occupation*. Ottawa, ON, CAOT Publications ACE. p. 27.

— Nous comprenons que vous soumettrez ce projet à l'Université du Québec à Trois-Rivières. —

L'autorisation d'utiliser la figure citée ci-dessus vous est accordée pour une seule fois, à la condition que la source de la figure soit citée. Veuillez-vous assurer que la référence complète de la source accompagne la figure, pour indiquer que la figure a été reproduite avec l'autorisation de CAOT Publications ACE. Cette autorisation est strictement réservée à l'usage mentionné ci-dessus et ne comprend pas de droit d'utilisation pour tout autre usage, comme de futures éditions ou dans toute publication électronique.

Merci.

Cordialement,

Stéphane Rochon
Administrateur aux publications de l'ACE



Cinde Audet
1270-B Monteregiennes
Repentigny, Quebec

Dear Ms. Audet,

The permission application to reprint and adapt Table 2.1 from *Retraining Cognition: Techniques and Application. Third Edition* for your research purpose is hereby approved, provided that the form credit and copyright notice is listed as noted below

This permission includes reproduction right Braille, Large print, and in recorded form from individuals who are disabled. This permission is granted only for you. In accepting this permission, you are agreeing to defend and indemnify PRO-ED, Inc. against any claims resulting from your use of this material.

Permission ID: #4654 Status: Approved Fee: No Fee Copies: 1 Pages: 14 From title: *Retraining Cognition: Techniques and Application. Third Edition*

Please use the following source note(s): One for your reprint and the other for your adaptation.

Table 2.1 (Reprinted) From *Retraining Cognition Techniques and Applications*, 3rd Edition (p.14), by Rick Parenté and Douglas Herrmann, Austin, TX: PRO-ED. Copyright 2003 by Pro-Ed, Inc. Reprinted with permission.

Table 2.1 (Adapted) From *Retraining Cognition Techniques and Applications*, 3rd Edition (p.14), by Rick Parenté and Douglas Herrmann, Austin, TX: PRO-ED. Copyright 2003 by Pro-Ed, Inc. Adapted with permission.

Thank you for your interest in PRO-ED's publications. Please feel free to contact me if you have any questions regarding this permission.

Best regards,

Yolanda Kiddy,
Permissions, Books & Materials Division
PRO-ED, Inc.

17 Jun 2014 05:25:27 EDT]
De: Wiley Global Permissions <permissions@wiley.com>
À: "cindy.audet@uqtr.ca" <cindy.audet@uqtr.ca>
Sujet: FW: Permission Request Form Canada

Dear Cindy,

Thank you for your email.

Permission is hereby granted for the use requested subject to the usual acknowledgements (author, title of material, title of book/journal, ourselves as publisher). You should also duplicate the copyright notice that appears in the Wiley publication in your use of the Material.

Any third party material is expressly excluded from this permission. If any of the material you wish to use appears within our work with credit to another source, authorisation from that source must be obtained.

This permission does not include the right to grant others permission to photocopy or otherwise reproduce this material except for accessible versions made by non-profit organisations serving the blind, visually impaired and other persons with print disabilities (VIPs).

Kind Regards

Brian Collins | Permissions Assistant
John Wiley & Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex, PO19 8SQ

ANNEXE I

VERSION PRÉLIMINAIRE DU DOCUMENT D'INFORMATIONS

Section 1. Sommaire des difficultés fréquemment rencontrées à la suite d'un AVC et exemples d'impacts dans le quotidien

Date de l'AVC :

Dates du suivi en réadaptation :

Difficultés ayant été notées depuis l'AVC		Impacts dans le quotidien*	Stratégies utilisées ou proposées par l'équipe de réadaptation
Dimension cognitive			
Difficultés à mémoriser l'information, avoir des oublis	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : oublier de prendre sa médication, oublier un rendez-vous</i>	
Difficulté à maintenir son attention sur une tâche et être facilement distrait	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : doit relire une phrase plus d'une fois en lisant un livre</i>	
Difficulté à faire deux choses en même temps	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : Difficultés à préparer un repas tout en discutant avec son conjoint</i>	
Tendance à oublier ou ignorer un côté du corps ou une partie de l'environnement	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : accrocher les cadres de porte en se déplaçant en fauteuil roulant</i>	
Difficultés à planifier les étapes d'une tâche ou à s'organiser dans la tâche (ex. : ne suit pas les bonnes étapes, saute des étapes, mélange les étapes)	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : ne pense pas à préparer tout le matériel nécessaire avant de prendre son bain</i>	
Difficultés à résoudre les problèmes rencontrés dans le quotidien	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : ne sait pas quoi faire si la manette de la télévision ne fonctionne plus</i>	

Difficultés ayant été notées depuis l'AVC		Impacts dans le quotidien*	Stratégies utilisées ou proposées par l'équipe de réadaptation
Difficulté à bien évaluer une situation pour faire des choix appropriés et adopter des comportements sécuritaires	<input type="checkbox"/>	Exemple : agir impulsivement ou ne pas reconnaître ses limites	
Fait peu d'activités sans stimulation externe et a de la difficulté à se mettre en action	<input type="checkbox"/>	Exemple : dit qu'il doit faire la vaisselle mais ne se lève pas pour la faire	
Difficulté à faire les mouvements nécessaires pour utiliser correctement certains objets	<input type="checkbox"/>	Exemple : fait des mouvements trop grands pour verser de l'eau dans un verre et fait des dégâts	
Difficulté à percevoir les distances entre les objets et à reconnaître l'avant, l'arrière, le haut ou le bas	<input type="checkbox"/>	Exemple : enfiler son chandail à l'envers	
Difficulté à reconnaître certains objets usuels	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficulté à reconnaître les ustensiles de cuisine et ne sait plus à quoi ils servent	
Difficultés à parler (ex. : chercher ses mots)	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficulté à demander des informations par téléphone	
Difficulté à comprendre les consignes	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficulté à comprendre les instructions données par la thérapeute pour faire ses exercices	
Difficulté à s'orienter dans le temps ou dans l'espace	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficulté à s'orienter dans les lieux nouveaux	

Difficultés ayant été notées depuis l'AVC		Impacts dans le quotidien*	Stratégies utilisées ou proposées par l'équipe de réadaptation
Dimension affective			
Manque de motivation, indifférence ou absence d'émotions	<input type="checkbox"/>	Exemple : ne démontre pas d'émotions en recevant une bonne ou une mauvaise nouvelle	
Humeur triste	<input type="checkbox"/>	Exemple : pleure souvent	
Difficulté à contrôler ses émotions	<input type="checkbox"/>	Exemple : passe rapidement du rire aux pleurs	
Dimension physique			
Fatigue	<input type="checkbox"/>	Exemple : se fatigue rapidement lors de sorties à l'extérieur	
Problèmes de vision	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficultés pour lire	
Diminution de la mobilité du bras	<input type="checkbox"/>	Exemple : incapacité à découper ses aliments	
Diminution de la mobilité de la jambe	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficulté à la marche	
Diminution de sensation d'un côté du corps	<input type="checkbox"/>	Exemple : se brûler en se lavant les mains	
Diminution de la force musculaire	<input type="checkbox"/>	Exemple : difficulté à soulever et transporter des objets	

Difficultés ayant été notées depuis l'AVC		Impacts dans le quotidien*	Stratégies utilisées ou proposées par l'équipe de réadaptation
Diminution de l'équilibre	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : incapacité à se laver debout dans la douche; doit le faire en position assise</i>	
Difficulté à coordonner les mouvements et à faire des mouvements précis	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : difficulté à dévisser un bouchon de pâte à dents ou à boutonner ses boutons</i>	
Difficultés à mastiquer et avaler les aliments solides ou liquides (dysphagie)	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : s'étouffer en mangeant</i>	
Difficultés à articuler en parlant	<input type="checkbox"/>	<i>Exemple : difficulté à articuler obligeant la personne à répéter plusieurs fois</i>	

* Exemples précis à préciser par le professionnel de la santé, selon la situation de chaque client

Section 2. Capsules d'informations sur l'apraxie et l'héminégligence

Fiche explicative : qu'est-ce que l'apraxie?

L'**apraxie** est la difficulté à accomplir des mouvements connus, comme enfiler un chandail ou se brosser les dents, malgré les habiletés physiques suffisantes et la volonté de les exécuter.

Il se peut aussi que la personne exécute ses mouvements d'une manière maladroite, lente ou avec des hésitations. Elle peut également avoir de la difficulté à planifier un mouvement (par exemple, la personne ne sait plus comment découper une feuille de papier avec une paire de ciseaux).

Différents types de difficultés ou d'erreurs peuvent survenir chez une personne présentant de l'apraxie. En voici des exemples :

∴ **Difficulté à utiliser correctement certains objets** (Quel objet utiliser? Quelles étapes doivent être faites? Que faire avec cet objet?). Les erreurs suivantes peuvent survenir :

- Utiliser une brosse à dents pour se coiffer
- Lors du brossage de dents, la personne ne sait pas à quoi sert le tube de pâte à dents
- Couper ses aliments avec une fourchette ou une cuillère

- Ne pas être en mesure de déverrouiller une serrure avec une clé
- Utiliser la télécommande de la télévision pour téléphoner
- Utiliser un couteau pour mettre du sucre dans son café
- Difficulté à brancher un appareil dans une prise de courant

∴ Difficulté à l'habillage

- Ne pas savoir dans quel ordre enfiler les vêtements.
 - '' Mettre le chandail par-dessus sa veste, mettre ses pantalons avant de mettre ses sous-vêtements
- Difficulté à orienter correctement les vêtements
 - '' Mettre sa tête dans la manche en enfilant son chandail
 - '' Mettre son chandail à l'envers

∴ Difficulté à planifier des étapes correctement ou oubli de certaines étapes

- Mettre les pâtes dans un chaudron avant d'ajouter de l'eau
- Oublier de mettre des grains de café dans le percolateur et mettre en marche la machine
- Se laver le corps sans savon

∴ Maladresse dans l'exécution de mouvements

- Échapper du sel à l'extérieur de l'assiette en salant son repas

- Difficulté à ouvrir des pots
- Difficulté à amener la nourriture à sa bouche sans échapper le contenu de la fourchette

∴ Difficulté à calibrer la force appliquée sur un objet

- Appuie trop fort sur le tube de dentifrice

Conseils généraux pour les aidants

- ∴ Apprentissage sans erreur : lors de la réalisation d'une tâche, ne pas laisser une personne commettre une erreur dans les étapes ou dans le choix des outils nécessaires pour éviter que son cerveau apprenne la mauvaise information. Dirigez plutôt la personne vers l'étape ou l'outil approprié et diminuez le niveau d'aide au fur et à mesure qu'elle s'améliore.
- ∴ Prévoir beaucoup plus de temps pour toutes les activités : la personne est plus lente dans la plupart de ses activités et pour l'aider à compenser ses difficultés, il faut prévoir du temps.
- ∴ Patience : la patience est requise pour accompagner les personnes à réaliser leurs activités quotidiennes.

- .: Constance : il est important que chaque aidant adopte la même attitude et les mêmes stratégies pour aider la personne à les appliquer dans son quotidien.
- .: Répétitions : il est souvent nécessaire de répéter plusieurs fois les mêmes activités en utilisant les mêmes façons de faire pour que la personne puisse s'améliorer.
- .: Ce n'est pas un manque de motivation : si la personne semble ne pas initier d'actions par elle-même, ce n'est pas par manque de motivation ou de volonté. Son AVC a causé des atteintes dans son cerveau qui rendent difficile le fait de prendre une initiative.
- .: Importance des routines : plus les activités de la vie quotidienne sont routinières et suivent le même horaire, plus la personne sera en mesure de bien performer.
- .: Stimulation (visuelle, gestuelle, verbale) : offrir des indices verbaux, visuels ou gestuels est primordial pour l'apprentissage des bons mouvements.

Fiche explicative : qu'est-ce que l'héminégligence?

L'héminégligence est la tendance à oublier ou ignorer un côté de son corps ou une partie de l'espace autour de soi. La personne ne porte pas attention aux objets ou aux personnes d'un côté de l'espace et agit comme s'ils n'existaient pas.

La personne ne se rend pas toujours compte qu'elle néglige un côté.

Il existe **différents types d'héminégligence** qui peuvent influencer le quotidien des personnes. En voici quelques exemples :

- ∴ La personne ne réalise pas que son bras atteint accroche dans ses roues de fauteuil roulant
- ∴ La personne ne regarde pas une personne qui s'adresse à elle, puisque celle-ci est placée du côté qu'elle néglige
- ∴ La personne heurte les cadres de porte d'un côté lorsqu'elle se déplace
- ∴ La personne mange seulement la moitié du contenu de son assiette
- ∴ La personne oublie de prendre les médicaments posés d'un côté du napperon

- ∴ La personne se rase seulement un côté du visage
- ∴ La personne a de la difficulté à se maquiller
- ∴ La personne ne peut pas lire, car elle ne voit qu'une partie de la page

Section 3. Exemples de problèmes de la vie quotidienne et solutions possibles - Apraxie

Problème fonctionnel	Solution possible
Difficultés à utiliser correctement certains objets	
Utiliser une brosse à dents pour se coiffer	<ul style="list-style-type: none"> · Apprentissage sans erreur : ne pas laisser la personne se coiffer avec le mauvais objet pour éviter qu'elle enregistre cette façon de faire. Dès que la personne se trompe d'objet, il faut lui dire. · Apposer l'image d'une personne qui se coiffe avec une brosse à cheveux près du miroir
Couper ses aliments avec une cuillère	<ul style="list-style-type: none"> · Offrir moins de choix d'ustensiles : si on veut que la personne coupe, on ne lui fournit que les ustensiles nécessaires pour couper les aliments
Ne pas être en mesure de débarrer une serrure avec une clé	<ul style="list-style-type: none"> · Faire une démonstration de la tâche à la personne au préalable/ guider le mouvement au besoin

Problème fonctionnel	Solution possible
Utiliser la télécommande de la télévision pour téléphoner	<ul style="list-style-type: none"> · Apprentissage sans erreur : ne pas laisser la personne utiliser le mauvais objet pour éviter qu'elle enregistre cette façon de faire. Dès que la personne se trompe d'objet, il faut lui dire et l'orienter vers le bon objet.
Utiliser un couteau pour mettre du sucre dans son café	<ul style="list-style-type: none"> · Offrir moins de choix d'ustensiles : fournir seulement une cuillère ou placer des cuillères dans un récipient près du pot de café.
Difficulté à brancher un appareil dans une prise de courant	<ul style="list-style-type: none"> · Offrir une guidance physique : brancher l'appareil avec la personne en guidant sa main.
Difficultés à l'habillement	
Ne pas savoir dans quel ordre enfiler les vêtements.	<ul style="list-style-type: none"> · Fournir une liste des étapes présentées de façon visuelle · Étaler les vêtements sur le lit, en ordre de ce qui doit être enfilé

Problème fonctionnel	Solution possible
Mettre le chandail par-dessus sa veste, mettre ses pantalons avant de mettre ses sous-vêtements	<ul style="list-style-type: none"> · Apprentissage sans erreur : dès que la personne commence à faire une erreur, il faut l'arrêter dans sa tâche et la guider vers la bonne étape · Fournir un support visuel pour aider la personne à vérifier les étapes · Fournir une liste des étapes à cocher (la liste peut être imagée)
Difficulté à orienter correctement les vêtements	<ul style="list-style-type: none"> · Apposer des étiquettes sur les vêtements qui indiquent le sens du vêtement (haut/bas, devant/derrière) · Offrir un support visuel. Par exemple une image d'une personne habillée avec les mêmes vêtements. La personne peut se référer à l'image pour s'aider.
Mettre sa tête dans la manche en enfilant son chandail	<ul style="list-style-type: none"> · Pratiquer la tâche de manière isolée : la personne se pratique à enfiler les manches du chandail avant de penser tout l'habillage. Des démonstrations et l'apprentissage sans erreur peuvent être nécessaires.
Mettre son chandail à l'envers	<ul style="list-style-type: none"> · Apposer des étiquettes sur les vêtements qui indiquent le sens du vêtement (haut/bas, devant/derrière)

Problème fonctionnel	Solution possible
Difficulté à planifier des étapes correctement ou oubli de certaines étapes	
Mettre les pâtes dans un chaudron avant d'ajouter de l'eau	<ul style="list-style-type: none"> · Fournir une liste des étapes à cocher pour faire cuire des pâtes
Oublier de mettre des grains de café dans le percolateur et mettre en marche la machine	<ul style="list-style-type: none"> · Fournir une liste des étapes à cocher pour faire du café · Diminuer le nombre d'étapes : Préparer le matériel à l'avance pour que la personne ait seulement à mettre en marche la cafetière · Choisir un appareil simple et facile d'utilisation
Maladresse dans l'exécution de mouvements	
Échapper du sel à l'extérieur de l'assiette en salant son repas	<ul style="list-style-type: none"> · Guider physiquement la personne : prendre ses mains dans nos mains et faire le mouvement avec elle
Difficulté à ouvrir des pots	
Difficulté à amener la nourriture à sa bouche sans échapper le contenu de la fourchette	

Problème fonctionnel	Solution possible
Difficulté à calibrer la force appliquée sur un objet	
Appuie trop fort sur le tube de dentifrice	· Guider physiquement la personne : prendre ses mains dans nos mains et faire le mouvement avec elle

*D'autres solutions peuvent être essayées. Demandez conseils à votre ergothérapeute.

Section 4. Exemples de problèmes de la vie quotidienne et solutions possibles - Hémignégligence

Problèmes fonctionnels	Solutions possibles
Ignorer un côté du corps ou de l'espace autour de soi	
La personne ne réalise pas que son bras atteint accroche dans ses roues de fauteuil roulant	<ul style="list-style-type: none"> · Demander à la personne de garder son bras faible sur une tablette ou un appui-bras installé au fauteuil · Avertissements verbaux · Faire prendre conscience la personne en la plaçant devant un miroir. Si la personne est d'accord, on peut aussi filmer une vidéo lors de ses activités. On regarde ensuite la vidéo avec la personne pour la faire prendre conscience des parties du corps ou de l'espace négligés
La personne ne regarde pas une personne qui s'adresse à elle, puisque celle-ci est placée du côté négligé	<ul style="list-style-type: none"> · Encourager la personne à faire du balayage visuel en tournant la tête pour regarder de gauche à droite · Indices verbaux ou toucher la personne

Problèmes fonctionnels	Solutions possibles
<p>La personne heurte les cadres de porte lorsqu'elle se déplace</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Encourager la personne à faire du balayage visuel en tournant la tête pour regarder de gauche à droite · Essayer d'attirer l'attention de la personne sur des éléments placés sur le côté négligé (horloge, tableaux, photos) pour que celle-ci s'habitue à considérer le côté négligé lors de ses déplacements
<p>La personne mange seulement la moitié du contenu de son assiette</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Stimulation verbale (ex. : as-tu tout mangé ce qu'il y a dans ton assiette? Regarde bien à gauche...) · Attirer l'attention de la personne avec des éléments de l'environnement (ex. : ustensiles et verre placés du côté négligé, de couleur vive)

Problèmes fonctionnels	Solutions possibles
La personne oublie de prendre les médicaments posés d'un côté du napperon	<ul style="list-style-type: none"> · Stimulation verbale · Encourager le balayage visuel pour bien regarder de gauche à droite · Demander à la personne de cocher sur une liste lorsqu'elle a pris son médicament · Placer les médicaments au centre du napperon en haut de l'assiette
La personne n'utilise pas spontanément les membres du côté négligé	<ul style="list-style-type: none"> · Rappels verbaux · Prise de conscience avec le miroir · Encourager la personne à faire des mouvements avec les membres du côté négligé. Cela peut l'aider à prendre conscience de ce côté et à regarder de ce côté. · Encourager la personne à utiliser son bras atteint pour stabiliser des objets si elle en est capable.

Problèmes fonctionnels	Solutions possibles
La personne se maquille ou se rase seulement un côté du visage	<ul style="list-style-type: none"> · Rappels verbaux · Prise de conscience devant le miroir
La personne ne peut pas lire, car elle ne voit qu'une partie de la page	<ul style="list-style-type: none"> · Indices visuels pour attirer l'attention : dessiner des lignes colorées dans la marge du côté négligé et demander à la personne de toujours lire jusqu'à la ligne colorée · Suivre la ligne à lire avec son doigt et toujours atteindre la ligne colorée

*D'autres solutions peuvent être essayées. Demandez conseils à votre ergothérapeute.

Section 5. Rappel des principes de gestion de l'énergie

Conseils pour mieux gérer votre énergie

Plusieurs personnes disent qu'elles ont moins d'énergie ou se fatiguent plus rapidement après un AVC.

Différentes choses peuvent influencer votre niveau d'énergie comme :

- .: Faire des activités exigeantes physiquement comme marcher longtemps;
- .: Faire des activités exigeantes mentalement comme lire un livre ou faire des calculs;
- .: Les émotions négatives comme le stress peuvent augmenter la fatigue;
- .: Certains médicaments peuvent avoir une influence sur votre niveau d'énergie. Vérifiez avec votre pharmacien ou votre médecin si certains effets secondaires pourraient être évités par des modifications à votre médication. Attention, ne tentez jamais d'ajuster votre médication seul;
- .: Des problèmes de sommeil;
- .: Une mauvaise alimentation peut aussi affecter votre énergie. Les nutritionnistes sont les spécialistes de l'alimentation, n'hésitez pas à en consulter un pour obtenir des conseils.

Voici des conseils de base pour vous permettre de bien gérer votre énergie. Sachez qu'un soutien de votre ergothérapeute est recommandé pour obtenir davantage d'explications.

Les 4 P de la gestion de l'énergie

1. Prenez des pauses et travaillez à un rythme modéré

- .: Accordez-vous des temps de pause pendant et après les activités qui demandent beaucoup d'énergie.
 - .. Prendre une pause ne signifie pas nécessairement de dormir. Il peut s'agir de prendre une collation, se dégourdir les jambes, s'étirer, changer de pièces quelques minutes ou écouter une émission de télévision.
- .: Alternez entre les activités qui vous demandent beaucoup d'énergie et celles qui en demandent moins.
- .: Chaque personne possède un niveau d'énergie différent et ce n'est pas toujours le même genre d'activités qui demandent autant d'énergie d'une personne à l'autre. Par exemple, pour certaines personnes, les activités mentales comme payer ses comptes ou lire un livre sont plus exigeantes que les activités physiques et vice versa.
 - .. Il est important de prendre le temps de comprendre quel genre d'activité est plus exigeant pour vous, sans vous comparer aux autres.

2. Planifier :

- .: Pour être en mesure de réaliser les tâches que vous avez à faire, il est utile de planifier vos activités selon votre énergie. Par exemple, si les activités mentales sont plus exigeantes pour vous, planifiez ces activités lorsque vous avez le plus d'énergie dans votre journée.

- ∴ Prévoyez suffisamment de temps pour réaliser vos activités pour éviter le stress d'être en retard ou de ne pas avoir le temps de finir à temps.
- ∴ Prévoyez des moments libres pour prendre du repos et faire des loisirs que vous aimez.
- ∴ Planifiez les repas de la semaine à l'avance : vous pourrez donc acheter en une seule fois tout ce dont vous aurez besoin durant la semaine.
 - ∴ Astuce intéressante : faites des plus grosses quantités si possible et congelez le reste. Ainsi, les journées où vous aurez moins d'énergie pour cuisiner, vous pourrez simplement dégeler un repas
- ∴ Évitez les déplacements inutiles :
 - ∴ Si vous devez porter les ordures aux poubelles extérieures, attendez d'avoir besoin de sortir (aller chercher le courrier, aller à la voiture, etc.).
 - ∴ Placez les objets que vous utilisez souvent à portée de mains.
 - Par exemple, dans la cuisine, conservez les petits électroménagers que vous utilisez souvent sur le comptoir pour éviter de les soulever à répétitions.
 - ∴ Organisez votre rangement pour que tout le matériel nécessaire pour faire une activité soit rangé ensemble. Par exemple, dans un placard, placez ensemble tout ce qui est requis pour laver votre plancher.
 - ∴ Rassemblez le matériel avant de commencer une tâche
 - Sortir tous les ingrédients et les couverts nécessaires pour effectuer votre recette vous évite de faire des déplacements inutiles par la suite
- ∴ Si vous avez tendance à perdre le fil de ce que vous faites, faites vous des listes à cocher
 - ∴ Lors de la préparation de repas, cochez les étapes réalisées

3. Prioriser :

- ∴ Est-ce que cette activité doit nécessairement être effectuée maintenant? Est-ce le meilleur moment pour la réaliser? Est-elle urgente? Voici des questions à se poser pour apprendre à prioriser nos activités. Vous pouvez aussi faire la liste des tâches urgentes et non urgentes pour votre semaine afin de vous aider à prioriser ce que vous ferez.
- ∴ «Choisir ses batailles» : on a parfois l'impression qu'on doit tout faire nous-mêmes. La question à se poser est la suivante : à quel point est-ce important pour moi de réaliser seul(e) cette tâche? Est-ce moi qui s'impose cette tâche ou est-ce que c'est parce que les autres s'attendent à ce que je le fasse?
 - ∴ Une discussion avec vos proches est parfois nécessaire pour connaître leur perception. Est-ce qu'ils s'attendent vraiment à ce que vous fassiez cette tâche? Pourraient-ils s'impliquer?
- ∴ Déléguez des tâches ou des parties de tâches : Les gens qui vous entourent peuvent être utiles si vous acceptez leur aide.
 - ∴ Par exemple, lors de la préparation des repas, vous pouvez demander à vos enfants de mettre la table pendant que vous préparez le repas. Votre conjoint peut-il vous aider à faire la vaisselle?
 - ∴ Rotation des tâches dans la famille, par exemple, la vaisselle est faite par un membre différent de la famille à chaque jour. Cela permet des journées de repos.

4. Posture appropriée :

La façon dont on positionne notre corps lorsqu'on réalise certaines tâches peut influencer notre énergie.

- ∴ **Le fait de travailler assis permet d'économiser votre énergie.** Certaines tâches qu'on a l'habitude de réaliser en position debout sont tout-à-fait réalisables en position assise comme couper des légumes ou plier des vêtements, par exemple.

- .: Assurez-vous d'avoir les cuisses et le dos bien appuyés sur votre siège et d'avoir les pieds qui touchent au sol.
- .: Évitez de travailler longtemps dans la même position : variez les positions pour éviter de toujours faire travailler les mêmes muscles
- .: Lorsque vous transportez des charges :
 - .. Transportez les charges près du corps
 - .. Poussez les objets sur le comptoir ou avec un charriot ou une desserte au lieu de les transporter. Vous pourrez ainsi économiser de l'énergie.

Section 6. Ressources d'aide psychologique et de soutien offertes dans la région

Plusieurs ajustements sont nécessaires pour faire face aux changements qui surviennent après un AVC. La personne ayant subi un AVC et ses proches peuvent vivre beaucoup d'émotions. Il est normal de se sentir triste ou même découragé. Un soutien psychologique peut vous aider à traverser cette épreuve. N'hésitez surtout pas à demander de l'aide si vous en ressentez le besoin. Plusieurs programmes existent dans le réseau de la santé et vous pouvez en bénéficier.

À qui s'adresser pour obtenir un soutien?

- ∴ Vous pouvez appeler la **ligne info-santé /info-sociale** (811) et un professionnel vous accompagnera dans les démarches
- ∴ Vous pouvez **consulter votre médecin** pour qu'il vous dirige vers le bon service
- ∴ Vous pouvez vous présenter au **CLSC** de votre région pour qu'un professionnel vous accompagne dans les démarches
- ∴ Pour les personnes présentant des difficultés de langage, vous pouvez obtenir de l'information et du soutien par le **Regroupement des associations de personnes aphasiques du Québec** : 450-646-1473

Autres ressources pour les proches-aidants :

- ∴ Vous pouvez appeler la **ligne Info-aidant : 1-855-8LAPPUI** (1-855-852-7784)
Des personnes qualifiées pourront vous accompagner en offrant du soutien et des références vers les services des divers organismes adaptés à vos besoins.
- ∴ Vous pouvez consulter le site web du **Réseau entre-aidants** qui offre de l'information et du soutien aux proches-aidants et à leur famille :
www.reseauentraidants.com

Section 7 : Journal de bord

Date	Situation problématique	Description du contexte (moment de la journée, avec qui?, niveau de fatigue , environnement, distractions, etc.)	Stratégies essayées pour compenser – Résultat
<i>Exemple</i>	<i>Mon époux a oublié de prendre sa médication qui était placée à côté de son assiette.</i>	<i>Lors du souper Il était seul avec moi Ses médicaments étaient à gauche de son assiette</i>	<i>Placer les médicaments au centre de son napperon – il a pris ses médicaments</i>

Références du document d'informations

- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., . . . Ashman, T. (2011). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(4), 519-530.
- Geusgens, C. A., van Heugten, C. M., Cooijmans, J. P., Jolles, J., et van den Heuvel, W. J. (2007). Transfer effects of a cognitive strategy training for stroke patients with apraxia.
- Grieve, J., et Gnanasekaran, L. (2009). *Neuropsychology for occupational therapists: Cognition in occupational performance*. John Wiley & Sons.
- Luauté, J., Halligan, P., Rode, G., Rossetti, Y., et Boisson, D. (2006). Visuo-spatial neglect: A systematic review of current interventions and their effectiveness. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(7), 961-982. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.03.001>
- Molyneux, M. (s.d.) Apraxia : An Intervention Guide for Occupational Therapist. Récupéré à : <https://fota.memberclicks.net/assets/Conference/Conf13/Hdouts/ws%206%20apraxiapusher.pdf>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2008). *Mieux gérer votre énergie et réduire votre état de fatigue*. Montréal, Québec : Publications OEQ.
- Walker, M. F., Sunderland, A., Fletcher-Smith, J., Drummond, A., Logan, P., Edmans, J. A., . . . Taylor, J. L. (2012). The DRESS trial: a feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clinical Rehabilitation*, 26(8), 675-685. doi: 10.1177/0269215511431089